

ISSN 24465984



4ª SEMANA DE  
**ENFERMAGEM**

Boas práticas de Enfermagem e a construção de  
uma sociedade democrática

**ANAIS**

IRECÊ - BAHIA

2017

FACULDADE IRECÊ - FAI

Núcleo de Pós-graduação, pesquisa e extensão (NUPPEX)

Colegiado de Enfermagem



4ª SEMANA DE  
**ENFERMAGEM**



**FAI**  
FACULDADE IRECÊ

**Boas práticas de Enfermagem e a construção  
de uma sociedade democrática**

**ANAIS**

1951-52 (1951-52)

Department of Education, Government of India

Ministry of Education



17



SIANA



**4ª SEMANA DE  
ENFERMAGEM**



**FAI**  
FACULDADE IRECÊ

**Boas práticas de Enfermagem e a construção  
de uma sociedade democrática**

**12 A 14 DE JUNHO DE 2017**

**IRECÊ - BAHIA**

**FACULDADE IRECÊ**

**ANAIS**

Outline

Introduction

1.1

1.2

1.3

1.4

1.5

1.6

1.7

• **Programação do Evento**

**12/07/2017 - SEGUNDA-FEIRA**

18h30 Abertura.

19h30 às 20h30 **Palestra** - Boas práticas de enfermagem e a construção de uma sociedade democrática

20h40 às 21h – Sensibilização para visita aos stands

20h30 às 21h20 - Exposição de stands sobre segurança do paciente

20h40 às 21h - Sensibilização para visita aos stands.

21h às 22h - Exposição de stands sobre segurança do paciente

**13/07/2017 - TERÇA-FEIRA**

13h30 às 17h30 **Minicursos**

- Segurança do paciente: segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos
- Sala de vacinas
- Biossegurança – CCIH
- Estomaterapia
- Hemodiálise
- Fitoterapia

18h30 às 20h - **Mesa redonda** - Segurança do paciente: uma abordagem multidisciplinar nos diferentes níveis de atenção à saúde.

20h20 às 22h - **Apresentação dos trabalhos científicos (oral)**

**14/07/2017 - QUARTA-FEIRA**

13h30 às 17h30 - **Minicursos**

- Segurança do paciente: segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos
- Sala de vacinas
- Biossegurança – CCIH
- Estomaterapia
- Hemodiálise
- Fitoterapia

19h às 20h - **Apresentação de trabalhos científicos (pôster)**

20h20 às 21h20 - **Apresentação dos trabalhos científicos (oral)**

21h30 - **Encerramento e divulgação do trabalho vencedor do prêmio "Ana Neri"**

• Cronograma dos Minicursos

	13/06/2017	14/06/2017
	(13h30 às 17h30)	(13h30 às 17h30)
01	Segurança do paciente: segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos	Segurança do paciente: segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos
02	Sala de vacinas	Sala de vacinas
03	Biossegurança – CCIH	Biossegurança – CCIH
04	Estomaterapia	Estomaterapia
05	Hemodiálise	Hemodiálise
06	Fitoterapia	Fitoterapia

• Programação de apresentação de trabalhos

**PROGRAMAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS - APRESENTAÇÃO ORAL**

		<b>Autores</b>	
<b>Nº</b>	<b>Horário</b>	<b>Título do trabalho</b>	
01		ADESÃO À PRÁTICA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: UMA ANÁLISE MULTIPROFISSIONAL	Lara Ramos, Larissa de Vasconcelos, Maria do Carmo Barbosa, Renata da Silva, Thayssa do Nascimento, Vitória Gabriella Santos, Zaine Alves, Elaine Alane B Cavalcante, Marcos Vinícius O Carneiro
02		REVISÃO DE LITERATURA: INTOLERÂNCIA À LACTOSE	Amanda Santos Aquino; Eudes de Souza; Iandra Gabriela Almeida; Icaro Caian Santos; Marina Oliveira; Pedro do Nascimento; Rachel Stephany Nogueira; Morganna Thinesca; Márcio Cerqueira; Marcos Vinícius Carneiro
03		CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ONCOLÓGICOS	Viviane Alves Damasceno; Carine B de Carvalho; Marcos Vinícius O Carneiro; Ana Paula de Oliveira Inó; Raissa Fonseca de Souza; Sindi Soares Santiago Silva; Milla Raiete Machado Vieira
04		AS IMPLICAÇÕES NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: EDUCAÇÃO X SAÚDE - RELATO DE EXPERIÊNCIA NA FACULDADE IRECE - FAI	Daniela Lopes Oliveira Dourado
05		PERCEPÇÃO SOBRE O AMBIENTE DA CLÍNICA DE HEMODIÁLISE: POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO EM PSICOLOGIA	Deograci Gama Esperança Silva; Thalita Patricia de Sousa; Wilma Rodrigues dos Santos Almeida; Ediliana Dourado; Lidiane Bento; Luciane M. Machado
06		QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA - HEMODIÁLISE	Guilherme mota da Silva; Herifrania Tourinho Aragão; Laécia da Rocha Chaves; Marília Santana dos Santos Barbosa
07		PERFIL SOCIODEMOGRÁFICOS DAS VÍTIMAS DE ACIDENTES ESCORPIONICOS NO PERÍODO ENTRE 2004 E 2014, EM SERGIPE	Guilherme Mota da Silva, Carlos Adriano de Oliveira, Herifrania Tourinho Aragão, Rubens Riscala Madi, Claudia Moura de Melo, Andressa Sales Coelho
08		OBSERVAÇÕES SOBRE A GESTÃO DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO AO MEIO AMBIENTE E SAÚDE E O DESTINO CORRETO DO LIXO HOSPITALAR	Luana Queiroz Oliveira; Ivanildo Caetano da Silva; Ianca Aparecida Carvalho Lima <sup>1</sup> ; João Nato Nascimento de Sá; Jhonathan Galdino dos Santos; Ivania Batista de Oliveira Farias; José Eduardo Teles de Andrade
09		GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA	Rafissa Fonseca de Souza; Ivania Batista de Oliveira Farias
10		ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: PROPORCIONANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE	Viviane Alves Damasceno; Elaine Alane Batista Cavalcante
11		DISCUTINDO A DISTANÁSIA NO ÂMBITO HOSPITALAR	Ivanildo Caetano da Silva; Luana Queiroz Oliveira; Ianca Aparecida Carvalho; João Nato Nascimento de Sá; Jhonathan Galdino dos Santos; Marcos Vinícius O Carneiro; Grazziele Bomfim
12		EFICÁCIA DA ARTETERAPIA NO TRATAMENTO	Maali Brito Lopes; Cássia dos Santos Cunha Lelis; Luma Alves de Oliveira, Thaís Barbosa

IV SEMANA DE ENFERMAGEM DA FAI E III COLÓQUIO - FACULDADE IRECE

	DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNOS GRAVES E PERSISTENTES EM UM CAPS	Damaseno; Rita Oliveira Sodré Alencar Machado
13	MOTIVAÇÃO DE PESSOAS: POSSIBILIDADES DE DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO	Rejane Reis Ferreira dos Santos Silva; Luciane Medeiros Machado
14	CONHECIMENTO E CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM REFERENTE À RESISTÊNCIA BACTERIANA NOS CENTROS HOSPITALARES	Ligia da Cruz Miranda, Hebe Raquel Cardoso Souza Dourado, Caroliny de Oliveira Vasconcelos, Debora Lima Silva, Kezia Azevedo Dourado, Lucas Miranda Freire, Marcos Vinicius Oliveira Carneiro, Elaine Alane Cavalcante
15	CONTRIBUIÇÃO DA LIBRAS PARA A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE APRENDIZAGENS VIVENCIADAS NA FAI	Maria da Conceição Araújo Correia; Nadja Shirley de Andrade Cavalcante; Iza Rocha Souza
16	OBSERVAÇÃO DA GESTÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM UMA UNIDADE HOSPITALAR NO MUNICÍPIO DE JOÃO DOURADO, BAHIA	Ana Paula Oliveira Inô; Carine Barreto de Carvalho; Viviane Alves Damasceno; Ivania Batista de Oliveira Farias; Sindi Soares Santiago Silva; Milla Raiete Machado Vieira.
17	RELATO DE EXPERIÊNCIA: AÇÃO SAÚDE "CAMINHO DO CHÁ" EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS EM IRECE-BA	Karina Kelle Martins de Brito, Márcia Seixas Cardoso, Marilande Maria Santos, Sílvia Rodrigues do Nascimento, Queum Ferreira Silva de Oliveira
18	GASTO ENERGÉTICO E VARIÁVEIS CARDIOVASCULARES EM ESCOLARES DURANTE JOGOS DE EXERGAMES EM DUAS MODALIDADES: BOXE E TÊNIS	Marcos Vinicius Oliveira Carneiro, José Fernando Villa Nova de Moraes, Reginaldo Luis do Nascimento, Ferdinando Oliveira Carvalho

**PROGRAMAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS - APRESENTAÇÃO ORAL**

Nº	Horário	Título do trabalho	Autores
01		RISCO DE MEDICAMENTOS NA GRAVIDEZ: UMA ABORDAGEM SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE	Bruna Marques dos; Gleíson Anjos; Romínia Pereira; Nayara Barreto; Yan Ferreira daSilva; Fabricio da Rocha; Elaine Alana Batista Cavalcante
02		OS DESAFIOS DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA	Mariande Maria; Mirla dos Santos; Luana Souza
03		RELATO DE EXPERIÊNCIA: VISITA À INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA DE IRECE-BA.	Ana Carolina Costa, Dayana Soares Cruz, Grazielle Pereira, Mirla dos Santos Maciel
04		ERROS DE MEDICAÇÃO EM UNIDADES HOSPITALARES: uma revisão integrativa	Jemima Silva Jesus; Saiane Silva; Manuela Profeta; Aline Gabriela Marinalva Nunes; Luciano Carvalho; Elaine Alane Batista de Cavalcante
05		COMO ORGANIZAR OS ESTUDOS	Naiana David, Michelle Sousa, Rita Queila, Anne Gabriela, Vanessa Christian, Luciane Medeiros Machado
06		PORQUE É QUE ESQUECEMOS?	Adalgisa Dourado, Anniele Magalhães, Evelis Miranda, Jamille Bastos, Lucineide Alves, Silvanete Mendes, Luciane Medeiros Machado
07		PROCRASTINAÇÃO: EXPERIÊNCIA PRÁTICA NO ENSINO SUPERIOR	Ana Beatriz Oliveira, Bruna Barreto, Camila Lopes, Milena Bezerra, Sandy Sousa, Luciane Medeiros Machado
08		ANSIEDADE DIANTE DE TESTES: PRÁTICA COM UNIVERSITÁRIOS	Andressa Araújo, Alana Carvalho, Alessandra Souza, Renata Gama, Larissa Xavier, Luciane Medeiros Machado
09		A REALIZAÇÃO DE LEITURA E TRABALHO EM GRUPO: PERCEPÇÃO DE UNIVERSITÁRIOS	Rafael Frantz, Larissa Pereira, Natalia Cristiane, Tainara Gabriele, Vitória Matos, Luciane Medeiros Machado
10		RELATO DE PRÁTICA: SAÚDE MENTAL NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO	Rita Oliveira Sodré Alencar Machado

**ARTIGOS  
COMPLETOS  
PUBLICADOS**

## ADESÃO À PRÁTICA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: UMA ANÁLISE MULTIPROFISSIONAL

Lara Milena Souza Ramos\*, Larissa de Vasconcelos Barros\*, Maria do Carmo Barbosa\*, Renata da Silva Alves\*, Thaysa do Nascimento Brito\*, Vitória Gabriella Chaves Santos\*, Zaine Alves de Souza Machado\*. Elaine Alane Batista Cavalcante\*\*, Marcos Vinicius Oliveira Carneiro\*\*.

\*Graduando(a) do curso de Enfermagem da Faculdade Irecê - FAI.

\*\* Professor(a) do curso de Enfermagem da Faculdade Irecê - FAI.

### Resumo

Este estudo de revisão objetivou analisar o cumprimento da técnica de higienização das mãos realizadas por diferentes profissionais da área da saúde, referendados na literatura por meio de consulta às seguintes bases de dados -*Scientific Electronic Library Online, Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Descritores em Ciências da Saúde e o Google Acadêmico*, nas quais foram identificados 10 estudos, dentre os quais foram selecionados 6 artigos divulgados entre os anos de 2009 a 2017. O estudo aponta a baixa adesão da higienização das mãos pelos diferentes profissionais da área da saúde, conquanto essa baixa significativa pode estar relacionada com a falta de algumas estratégias para o incentivo dessa prática. Por isso faz-se necessário que sejam realizadas ações voltadas para a conscientização dos profissionais, esclarecendo e influenciando estes, a aderirem essa técnica com aptidão e responsabilidade. Evidenciando a sua eficácia numérica e plausivelmente.

**Palavras-chave:** higienização das mãos; segurança do paciente; educação continuada.

### Introdução

A higienização das mãos (HM) é uma prática de imensurável importância no controle e prevenção de infecções hospitalares, conseqüentemente na redução da morbimortalidade entre pacientes; entretanto a falta da adesão à técnica da HM, vem sendo constatada ao longo dos anos (OLIVEIRA, 2011; SANTOS, 2002).

O destaque da HM na prevenção de transmissão das infecções hospitalares é de suma importância, pois a pele tem capacidade de abrigar microrganismos e transferi-los de uma superfície para outra facilmente, por meio do contato direto ou indireto (SANTOS, 2002).

Segundo o médico húngaro Igmaz Sisemmelweis, afirmou em 1946 que a redução da morte puerperal foi conseqüência da implantação da higienização das mãos num hospital em Viena. A partir de então este procedimento tornou-se reconhecido e recomendado em todos os âmbitos relacionados a atenção básica de saúde. Não obstante constatou-se uma horrenda negligência na execução rotineira da higienização das mãos (ANVISA, s/d).

Desde 2002 a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem criando medidas eficazes para melhoria segura dos cuidados de saúde direcionados aos pacientes. Nessa perspectiva

busca-se mobilizar anseios nacionais e internacionais, a partir dos “Desafios Globais”, com o intuito de prevenir os fatos recorrentes que ameaçam a promoção da saúde (OMS, s/dapudOLIVEIRA, 2017).

Apesar do objetivo da atenção básica ser a promoção da saúde e recuperação do paciente, essa assistência decorre da exposição a riscos. Dito isto cumpre ressaltar a eficácia de uma assessoria baseada na qualidade e segurança do paciente. A propósito em 2004 a OMS desenvolveu a *aliança mundial pela segurança do paciente*. A primeira área de atuação foi intitulada como desafios globais para segurança do paciente, da qual se destaca a diretriz “*cuidado limpo é cuidado seguro*” (SILVA, 2013).

Haja visto que a prática de HM é uma medida de controle e eficácia comprovada no controle de infecções, estudos comprovam a baixa adesão ou adesão incorreta dos profissionais da saúde diante dessa técnica (OLIVEIRA, et al, 2016).

Para tanto a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criou um mecanismo de grande relevância associada a prática antisséptica, intitulado como os 5 momentos básicos da HM (SOUZA,2015).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde reforçou a importância dessa pratica (HM), incluindo recomendações para a lavagem das mãos, que consta no anexo 4 da portaria MS 2616/98.

Todavia, torna se evidente a necessidade de mecanismos de monitoração para que haja uma adesão rotineira a higienização das mãos, conseqüentemente diminuindo a exposição do paciente a riscos e os custos onerosos relacionados a prestação dos serviços de saúde.

Partindo desse pressuposto, o presente estudo objetivou analisar o cumprimento da técnica de higienização das mãos realizadas pelos diferentes profissionais da área da saúde.

## Métodos

Trata se de uma revisão crítica descritiva da literatura, realizada em periódicos da língua inglesa e portuguesa, mediante as plataformas de busca da Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS, DECS e o Google Acadêmico. Como critérios de inclusão foram selecionados artigos entre os anos de 2009 – 2017. Utilizaram-se os termos: higienização das mãos; infecção hospitalar; segurança do paciente.

Foram selecionados 10 artigos que relatavam a respeito da adesão da prática de higienização das mãos; destes, apenas 6 acataram os pré-requisitos de inserção para análise, que foram: ano de publicação e contextualização da temática abordada. Após a análise dos



artigos inseridos, foram desenvolvidos tópicos com o propósito de esmiuçar as peculiaridades acerca do tema em questão: Higienização das Mãos.

### Resultados e Discussão

Foram verificados 6 artigos, dos quais abordam de forma holística sobre a prática de HM.

Quanto a adesão a técnica de HM na assistência à saúde do paciente, descrita na tabela 1, verificou-se uma baixa significativa numa assistência de qualidade.

No artigo 1 constatou a baixa adesão à prática de HM e estrutura inadequada, segundo as diretrizes estabelecidas pela OMS e ANVISA (SILVA et al., 2013). Subsequente o artigo 2 observou a concordância quanto a indisponibilidade de álcool gel e infraestrutura inadequada para as práticas preconizadas de HM (SOUSA et al., 2013). Já o artigo 3 indica que a menor adesão a HM foram “antes do contato com o paciente” e “antes do procedimento asséptico” (SOUZA et al., 2015).

Concomitantemente o artigo 4 observou que a adesão aos passos da técnica pelos alunos foi muito baixa e que ambos não realizaram a medida de HM conforme recomendado (FELIX; MIYADAHIRA, 2009). O artigo 5 constata que a taxa de adesão à HM foi considerada baixa, observando-se a necessidade de treinamentos para melhoria da mesma (PAULA et al., 2016). Por fim, o artigo 6 concluiu que os profissionais de saúde percebem a HM como uma medida eficaz de controle às infecções, porém reconhecem que as taxas de adesão das equipes de saúde em geral são baixas (OLIVEIRA; PAULA, 2017).

**Tabela 1.** Adesão à prática de higienização das mãos na assistência à saúde do paciente.

Autor/Ano	Artigo	Resultados
SILVA, Francielle Maciel et al., 2013	1- Higienização das mãos e a segurança do paciente pediátrico.	Baixa adesão a prática da higienização das mãos e estrutura inadequada.
SOUSA, Bruna Elisa Catin et al., 2013	2- Higienização das mãos e a segurança do paciente: perspectiva de docentes e universitários.	Baixa adesão a prática de higienização das mãos por conta da indisponibilidade de álcool gel e infraestrutura inadequada.
SOUZA, Luccas Melo de et al., 2015	3- Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da HM.	Menor adesão à higienização das mãos “antes do contato com o paciente” e “antes do procedimento asséptico”. Maior adesão a HM pelos fisioterapeutas e menor dos técnicos de enfermagem.

FELIX, Carla Cristiane Paz; MIYADAHIRA Ana Maria Kazue. 2009	4- Avaliação da técnica de lavagem das mãos executada por alunos do curso de Graduação em Enfermagem.	Adesão aos passos da técnica pelos alunos foi muito baixa.
PAULA, Adriana Oliveira de et al., 2016	5-Adesão à higiene de mãos entre profissionais de um serviço de pronto atendimento.	A taxa de adesão à HM foi considerada baixa, observando-se a necessidade e treinamentos para melhoria da mesma.
OLIVEIRA, Adriana Cristina de et al., 2017	6 - A percepção dos profissionais de saúde em relação à HM.	Profissionais reconhecem que as taxas de adesão das equipes de saúde em geral são baixas.

Os dados da tabela 2 apresentam resultados dos estudos de Silva et al.(2013); Souza et al.(2015), referente a distribuição da adesão da prática de HM.

De acordo com os dados mostrados na tabela 2, observou-se que a distribuição da adesão da prática de HM pelos profissionais: Fisioterapeuta(as), Enfermeiro(os); Médico(os) e técnicos de enfermagem, foram respectivamente, maior adesão, adesão e menor adesão.

**Tabela 2.** Distribuição da adesão a HM conforme a categoria profissional.

Profissionais	Maior adesão	Adesão	Menor adesão
Médicos		44,2%	
Fisioterapeutas	53,5%		
Enfermeiros		47,5%	
Técnicos de enfermagem			29,8%

A tabela 3traz uma correlação entre os 5 momentos básicos da HM indicado nos estudos de Silva et al.(2013); Souza et al.(2015) e Paula, et al.(2016),que são: antes do contato com o paciente, antes do procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos, após contato com o paciente e após contato com ambiente do paciente, com os profissionais descritos na tabela 2.



**Tabela 3.** Correlação entre alguns profissionais da área da saúde, de acordo com a adesão aos 5 momentos básicos da HM.

5 momentos básicos da HM	Médicos	Fisioterapeutas	Enfermeiros	Téc. de enfermagem
Antes do contato com o paciente.	1	1	2	3
Antes do procedimento asséptico.	3	1	3	2
Após risco de exposição a fluidos.	3	2	3	2
Após contato com o paciente.	2	1	2	3
Após contato com ambiente do paciente.	3	1	3	2

Nota: Dados retirados do estudo de SOUZA et al, (2015). 1 = Satisfatório; 2 = Insatisfatório; 3 = Regular

Tendo em vista os dados registrados na tabela 3, torna-se evidente que o índice de insatisfação se sobrepõe ao índice de satisfação, quanto a execução dos 5 momentos básicos de higienização. Ocupando o índice regular a 2ª posição.

De acordo com os dados analisados, verifica-se que numa visão multiprofissional a baixa adesão da higienização das mãos é uma constante nos diversos ambientes de prestação de assistência à saúde, evidenciando uma conduta inapetente dos profissionais em relação a esta prática (STUMPFS et al., 2013 apud BRASIL, 2009). Backman et al. 2007 (apud MASCARENHAS et al. 2013), ressaltam que aderir a esse procedimento na sua totalidade não torna inviável ou evitável o índice de infecções e patogenias, entretanto, é o principal método de prevenção.

Relaciona-se a essa baixa adesão, à falta de algumas estratégias como, ausência de infraestrutura adequada do ambiente prestador de serviços de saúde, escassez de insumos indispensáveis para higienização das mãos e insuficiência de uma educação permanente, e conseqüentemente, falta de conhecimento (BOYCE et al., 2002 apud STUMPFS et al., 2013). O fato da baixa adesão à técnica também pode estar associado com a falta de profissionais para atender uma alta demanda de pacientes e pela pressa que os mesmos tem ao fazê-la entre os atendimentos. Por ser uma técnica que exige peculiaridade nas suas etapas, ela é reiteradamente negligenciada quando feita às pressas (LOCKS et al., 2011).

Segundo a ANVISA, para prevenção das infecções nos ambientes de prestação de serviço de saúde, são de suma importância três componentes que tenham eficácia contra as mesmas, sendo eles: procedimento adequado da HM, com o tempo adequado (30-60s) e adesão regular no seu uso. Menezes et al. 2010 (apud STUMPFS et al., 2013), descrevem a



relevância da implementação de diversas medidas para controle e prevenção; como o incentivo à higiene das mãos, disponibilização de insumos necessários na beira dos leitos, recomendação da HM com água e sabão durante o tempo preconizado pela OMS, enxágue e secagem com papel toalha; e também lembretes no local de trabalho que incentivem os profissionais a praticarem o uso contínuo da técnica e dos procedimentos adequados para a realização (CORDEIRO, 2016). Nessa lógica, lavatórios, sabonetes e antissépticos, porta-papel toalha e lixeira para descarte destes, são equipamentos imprescindíveis quando se refere à HM. Paralelo a isso, a carga excessiva de trabalho, reafirma a não uniformidade desta prática, considerando-se que a sobrecarga, ocasiona a negligência e imperícia da real importância desta medida preventiva. Observa-se assim, que a falta de tempo incide numa assistência insegura, sendo esta constatada em diversos momentos desta prestação de serviço, haja visto que após alavagem das mãos a maioria dos profissionais utilizam as roupas como ferramenta para dar continuidade ao procedimento (COELHO et al., 2011).

Dito isto, é válido ressaltar que o permanente contato com esse assunto no decorrer da graduação e a educação continuada durante exercício da profissão é mecanismo indispensável para que se tenha uma maior adesão e conhecimento deste método. Todavia, estudos revelam que este assunto é tratado apenas nos primeiros semestres de graduação, formando profissionais leigos quanto ao assunto.

Por esse ângulo, nota-se que mesmo sendo uma prática obsoleta, com uma grande variabilidade de estudos científicos, novos procedimentos para esta prática são anualmente reformulados e postulados em manuais da Anvisa e OMS, como diretrizes complexas a serem seguidas (SANTOS, 2014 apud ANVISA s/d).

No mais recente manual da ANVISA consta os 5 momentos básicos para que ocorra a higienização das mãos de maneira correta, são eles: higienizar as mãos antes de entrar em contato com o paciente, pois previne a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções; higienizar as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico, assim evita a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente; higienizar as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais, desse modo irá proteger o profissional do ambiente de assistência próximo ao paciente; higienizar as mãos após contato com o paciente e ao sair do ambiente de assistência do enfermo, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente; e higienizar as mãos após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente, conquanto estará contribuindo para proteção de ambos.



### Considerações Finais

Numa visão crítica da adesão a higienização das mãos, uma medida irrefutável na prevenção de infecções e promoção de saúde relacionada a uma diversidade profissional, percebe-se que houve uma baixa adesão desta técnica pelos prestadores de assistência à saúde.

Dessa maneira, pode-se inferir que esta prática, desde os seus primórdios é evidentemente eficaz e que exige numa dicotômica tese, na linearidade que a teoria sobrepõem-se a prática. Tendo em vista que existem resoluções plausíveis para esta problemática, nota-se a necessidade de medidas educativas com a intenção de promover estratégias que abrangem a prática; na tentativa de que haja uma revisão na atuação dos profissionais, resultando numa assessoria de qualidade. Para tal, a Organização Mundial da Saúde, e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, disponibilizam manuais com métodos para a realização correta da higienização das mãos. Relaciona-se a estas instituições as campanhas realizadas com o objetivo de esclarecer e influenciar os profissionais a aderirem esta prática como procedimento primário e seguro.

Devido à grande demanda dos ambientes de trabalho, ou até mesmo as condições de infraestrutura inadequada, há uma desvantagem da técnica, fazendo com que a mesma seja negligenciada. A nitidez do conhecimento sobre a higienização das mãos e a disponibilidades dos equipamentos e insumos deste procedimento, torna-se inconsistente na prática, por sua utilização ser feita inadequadamente.

A partir dessa análise, conclui-se que a adesão da higienização das mãos, é uma prática ainda escassa no ambiente de assistência à saúde do paciente, tornando-a fajuta e insignificante tanto para os leigos, quanto para os profissionais que não a praticam. Não obstante, é uma teoria de dubitável eficácia, necessitando de aprimoramentos que torne a prática tão relevante quanto a sua teoria.

### Referências

BRASIL. Os cinco momentos básicos para higienização das mãos; ANVISA. Disponível em <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizesuasmaos/produtos/5momentosA3.pdf>> Acesso em: 28 de maio de 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde**. Brasília: Anvisa, 2017.

CUSTÓDIO, J; ALVES, J. F; SILVA, F. M, et al. **Avaliação microbiológica das mãos de profissionais da saúde de um hospital particular de Itumbiara, Goiás**. Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 18(1):7-11, jan./fev., 2009.



- DE STUMPSF, D. J; MASCARENHAS, M. **Revisão de literatura sobre a higienização das mãos em instituição de longa permanência para idosos.**Revista conhecimento online. Vol. 1, ano 5, abril de 2013.
- DE OLIVEIRA, A. C; DE PAULA, A. O; DE SOUZA, M. A, et al. **Adesão à higiene de mãos entre profissionais de um serviço de pronto atendimento.** Rev. Med. São Paulo (SP), 95(4):162-7, out-dez, 2016.
- DOS SANTOS, T. C. R; ROSEIRA, C. E; PIAI-MORAIS, T. H; **Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade.** Rev. Gaúcha Enferm. 35(1):70-77, 2014 mar.
- FELIX, C. C. P; MIYADAHIRA, A. M. K. **Avaliação da técnica de lavagem das mãos executada por alunos do Curso de Graduação em Enfermagem.**RevEscEnferm USP, São Paulo, 43(1): 139-45. 2009.
- MARTINEZ, M. R; CAMPOS, L. A. A. F; NOGUEIRA, P. C. K; **Adesão à técnica de lavagem de mãos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.**Rev. Paul Pediatr. 27(2):179-85. 2009.
- MARTINI, A. C; DALL'AGNOL, C. M; **Por que lavar ou não as mãos? Motivos de um grupo de enfermagem.**Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS), 26(1):88, 2005 abr.
- OLIVEIRA, A. C; PAULA, A. O; SOUZA, M. A; SILVA, A. G.**Adesão à higiene de mão entre profissionais de um serviço de pronto atendimento.**RevMed, São Paulo, out-dez; 95(4): 162-7, 2016.
- OLIVEIRA, A. C; PAULA, A. O. **Monitoração da adesão à higienização das mãos: uma revisão de literatura.**Acta Paul Enferm, 24(3): 407-13, 2011.
- OLIVEIRA, A. C; PAULA, A. O. **A percepção dos profissionais de saúde em relação à higienização das mãos.**RevFundCare Online.9(2):321-326, abr/jun2017.
- PRIMO, M. G. B; RIBEIRO, L. C. M; FIGUEIREDO, L. F. S, et al. **Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um Hospital Universitário.** Rev. Eletr. Enf. 12(2):266-7, 2010.
- SILVA, F. M; PORTO, T. P; ROCHA, P. K, et al. **Higienização das mãos e a segurança do paciente pediátrico.**Ciencia y Enfermeria XIX, p. 99-109, 2013.
- SOUSA, B. E. C; YOSHIKAWA, J. M; PEDREIRA, M. L. G, et al. **Higienização das mãos e a segurança do paciente: perspectiva de docentes e universitários.** Texto & Contexto, Florianópolis, vol.22, n.4, out/dez. 2013.
- SOUZA, L. M; RAMOS, M. F; BECKER, E. S. S, et al. **Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos.** Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre, vol.36, n.4, out/dez. 2015.



**REVISÃO DE LITERATURA: INTOLERÂNCIA À LACTOSE**  
**LITERATURE REVIEW: LACTOSE INTOLERANCE**

Amanda Santos Aquino<sup>1</sup>; Eudes Feliz de Souza<sup>1</sup>; Iandra Gabriela Almeida Matos<sup>1</sup>; Icaro Caian Santos Souza<sup>1</sup>;  
Marina Matos Oliveira<sup>1</sup>; Pedro do Nascimento Eduardo<sup>1</sup>; Rachel Stephany Matias Nogueira<sup>1</sup>;  
Orientadora: Morganna Thinesca<sup>2</sup>; Co-orientadores: Márcio Cerqueira<sup>2</sup>; Marcos Vinicius Carneiro<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Graduandos em Enfermagem; Segundo semestre FAI – Faculdade Irecê.

<sup>2</sup>Docentes; FAI – Faculdade Irecê

**Resumo**

A lactose é um dissacarídeo composto por uma molécula de glicose e uma de galactose que está presente em leites de diversos mamíferos em diferentes concentrações. A intolerância à lactose consiste na má absorção da lactose pelo organismo devido a ausência ou deficiência da enzima lactase que é responsável pela degradação da lactose no organismo. A intolerância à Lactose pode ser classificada em três tipos: Intolerância Congênita, Hipolactasia adquirida Primária e Secundária. Este estudo tem por objetivo definir as suas causas, sintomas, diagnóstico e tratamento adequado da intolerância à lactose por meio de uma revisão de literatura científica, buscando artigos nacionais e internacionais publicados em bases de dados entre os anos de 2002 e 2017.

**PALAVRAS-CHAVE:** Intolerância à lactose. Lactose. Lactase.

**Introdução**

Devido as mudanças que vem ocorrendo nos hábitos alimentares em todo o mundo, torna-se comum a ingestão de leite e seus derivados devido a comodidade que esses alimentos apresentam (SÁ et al., 2014). O consumo de leite e derivados trazem benefícios quanto ao desenvolvimento dos ossos e a produção de vitamina D, pois apresentam em sua composição proteínas, carboidratos, gorduras, minerais, vitaminas, além de apresentar imunoglobulinas que auxiliam a resposta imunológica do organismo (SANTOS, 2014; ZYCHAR, 2017). Apesar de seus benefícios, o consumo de leite pode trazer malefícios a indivíduos que apresentam ausência ou deficiência na enzima lactase. Sabe-se que o leite é uma secreção nutritiva de cor esbranquiçada e opaca oriundo das glândulas mamárias de fêmeas, em sua composição encontra-se a lactose (C<sub>12</sub>H<sub>22</sub>O<sub>11</sub>), dissacarídeo composto por uma molécula de glicose e uma de galactose que está presente em leites de diversos mamíferos em diferentes concentrações (RANGEL, 2016; SILVA, 2015; TREVISAN, 2008; ZYCHAR, 2017) (figura 1).

Os mamíferos têm a lactase como enzima capaz de hidrolisar a molécula de lactose (TUMAS, Rosana) Quando os organismos não são estimulados através da ingestão da lactose pode acarretar em intolerância pela não produção de lactase (RANGEL, 2016). Segundo Mathiús et al.(2016), intolerância pode ser denominada como qualquer resposta anormal do organismo mediante a ingestão de um alimento sem que haja uma resposta imunológica.



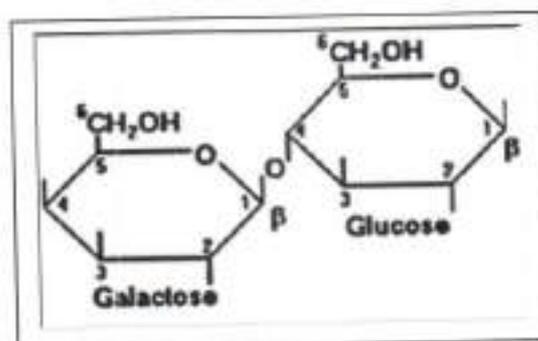


Figura 1. Fórmula Química da Lactose. Fonte JÚNIOR, 2013.

Dados da literatura mostram que a intolerância à lactose relaciona-se também com a etnia, e que a má absorção à lactose é muito mais frequente em negros do que em brancos. Em sociedades asiáticas, a intolerância à lactose entre adultos é quase total, assim como uma grande proporção dos adultos afro-americanos. Por outro lado, a maioria dos adultos no norte da Europa é tolerante a lactose (BARBOSA, 2010; JELLEMA, 2010).

De um modo geral, a intolerância à lactose pode atingir indivíduos em qualquer faixa etária (PORTO, 2005).

Por meio de uma revisão de literatura, este estudo tem por objetivo definir as suas causas, sintomas, diagnóstico e tratamento adequado da intolerância à lactose.

### Metodologia

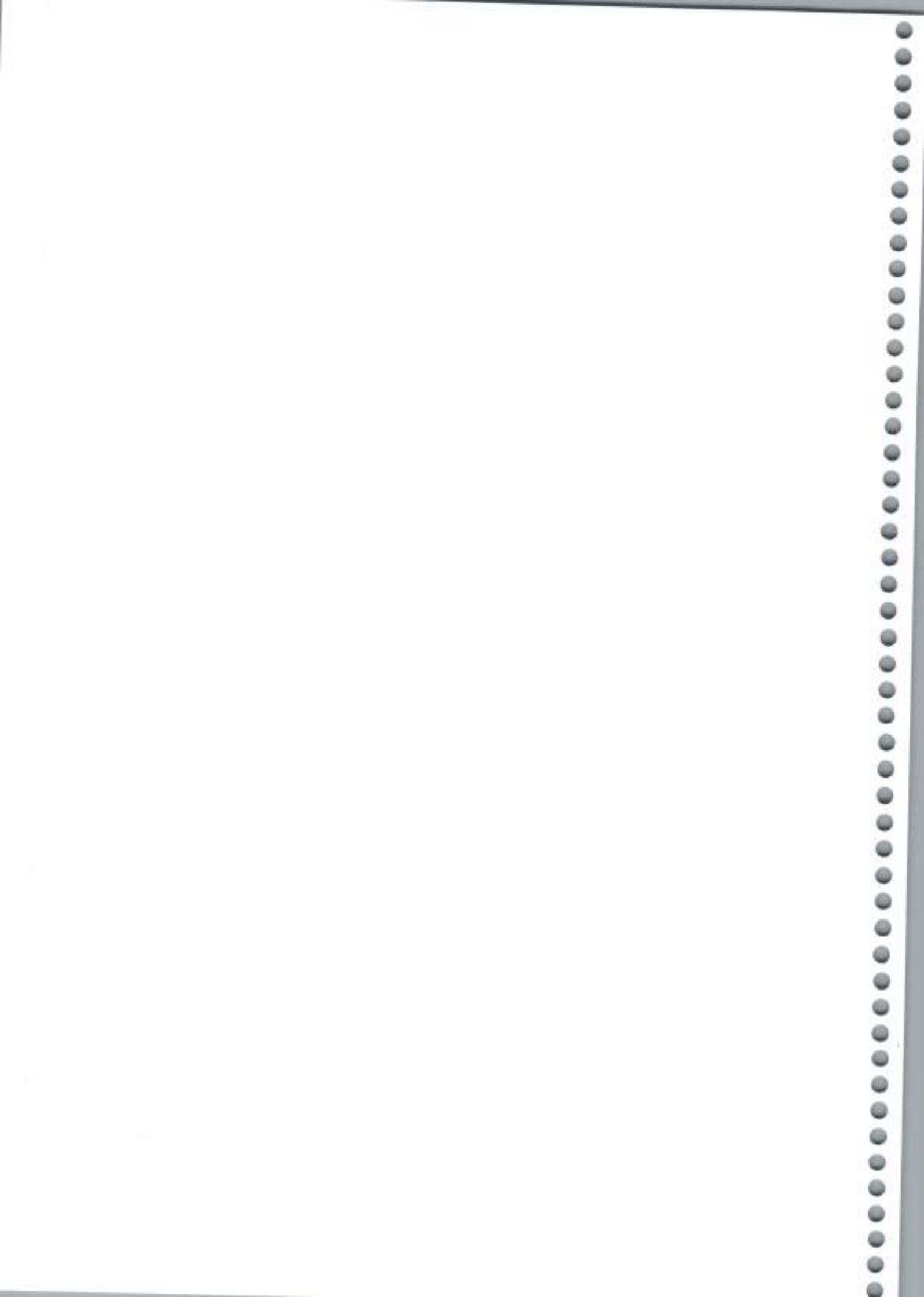
Para realização deste estudo foi utilizado método de revisão de literatura científica por meio de pesquisas bibliográficas, selecionando-se artigos nacionais e internacionais nos bancos de dados *SciELO*, *PubMed*, *Science Direct* e *Google Acadêmico*. Abrangendo artigos publicados entre os anos de 2002 e 2017. As palavras-chave utilizadas foram: lactose, lactase, intolerância à lactose, hipolactasia e lactose intolerance. Fez-se uma leitura analítica onde foram selecionados vinte artigos que contextualizavam com o interesse alvo para então ocorrer a construção do artigo.

### Desenvolvimento

#### Tipos de Hipolactasia

A Hipolactasia (intolerância à lactose) pode ser classificada em três tipos: Congênita, Primária e Secundária (SÁ, et al., 2014).

A Hipolactasia Congênita é um tipo considerado raro, possui caráter autossômico recessivo, acomete bebês de forma que eles não produzem a enzima lactase, obrigando-os a optar por uma nutrição a base de carboidratos como frutose e sacarose, a ingestão do leite



materno e outros produtos lácteos ocasiona diarreia e outros sintomas podendo levar ao óbito (MATTAR, 2010).

Por outro lado, a Hipolactasia Primária é o tipo mais comum da doença, esta acomete indivíduos em várias idades, principalmente os adultos. Ao decorrer da vida os indivíduos como um todo vão diminuindo a ingestão de produtos lácteos e paralelamente a produção da enzima lactase sofre um decréscimo, podendo inclusive extinguir, deste modo o indivíduo que ao longo de sua vida foi considerado normal passa a ser intolerante (HEYMAN, 2006).

Por último, a Hipolactasia Secundária, que por sua vez, pode ser ocasionada em qualquer idade, sendo esta provinda de lesões na mucosa do intestino delgado que impedem ou interferem a produção da enzima lactase, essas lesões podem ser ocasionadas, por exemplo, pela doença celíaca e doença de Crohn (SANTOS et al., 2014).

### Hidrólise da lactose

Para ser utilizada pelo organismo a lactose precisa passar por um processo denominado hidrólise. A degradação da lactose em galactose e glicose, monossacarídeos de fácil absorção e de suma importância energética, é feita através da enzima  $\beta$ -galactosidase (lactase). Em organismos normais a lactase está presente na mucosa do intestino, especificamente em suas microvilosidades, alternado sua concentração nas diferentes fases da vida (FRANCESCONI et al., 2016; LOMER et al., 2007).



Figura 2. Hidrólise da Lactose – Método Enzimático; Fonte: LONGO, 2006.

Na reação de Hidrólise a enzima lactase age sobre o dissacarídeo Lactose quebrando suas ligações e produzindo uma molécula D-Glicose e uma D-Galactose, e para ocorrência dessa reação é necessária uma molécula de água (JÚNIOR et al., 2013).

Quando os níveis de lactase estão normais o organismo consegue digerir a lactose em todo o intestino, nele há ocorrência da hidrólise da Lactose e em seguida o direcionamento dos monossacarídeos



Figura 3. Mecanismos de hidrólise e absorção da lactose. Fonte: SANTIN, 2005.

formados para os vasos sanguíneos, a partir de então a glicose segue para o pool de glicose e a galactose segue para o fígado para ser convertida em glicose. A glicose é um importante



carboidrato, pois auxilia diretamente a produção de energia no organismo (JÚNIOR, et al., 2013). (Figura 3)

### Sinais e sintomas

Quando a Lactose não é hidrolisada ocorre acúmulo da mesma no cólon, onde ocorre fermentação anaeróbica pelas bactérias da flora intestinal, tal fermentação resulta na produção de gases como metano, hidrogênio e dióxido de carbono

além de ácidos como o ácido lático e acético. Além disso, a grande concentração de Lactose no intestino aumenta a concentração de água no local, e osmoticamente é produzido ácido lático que ocasiona a diarreia. A quantidade de lactose que irá causar sintomas varia de indivíduo para indivíduo (HEYMAN, 2006; TÊO, 2002). (Figura 4)

As principais manifestações clínicas incluem dor e distensão abdominal, diarreia e flatulência, e dependerão da dose de lactose ingerida, grau de deficiência da lactase e tipo de alimento ingerido (HEYMAN, 2006; MATTAR, 2010).

O agravamento desses sintomas pode ocasionar acidose metabólica, desidratação e desnutrição (JÚNIOR, 2013).

### Métodos de diagnóstico

Para diagnóstico da intolerância a lactose podem ser realizados diversos métodos como o teste de hidrogênio expirado que pode ser realizado através de um analisador de hidrogênio. O exame tem por base a produção de hidrogênio pela fermentação da lactose não absorvida: o hidrogênio entra na corrente sanguínea e é expirado pelo pulmão (MATHIUS, 2016); já o teste de tolerância a lactose, consiste na dosagem de glicose sanguínea após ingestão de uma quantidade excessiva de lactose (SANTOS, 2014). Também pode ser feita a biópsia intestinal onde é possível verificar a presença da enzima lactase através de um reagente, sendo interpretada através da cor da amostra. Além desses, também pode ser feito o teste do pH fecal (avaliação do pH), utilizando-se material fecal, pesquisando-se a presença de substâncias redutoras.

### Tratamento

Após o completo diagnóstico da intolerância à lactose é necessário iniciar o tratamento da doença. Existem diversas formas de tratar a intolerância à lactose, variando de acordo com

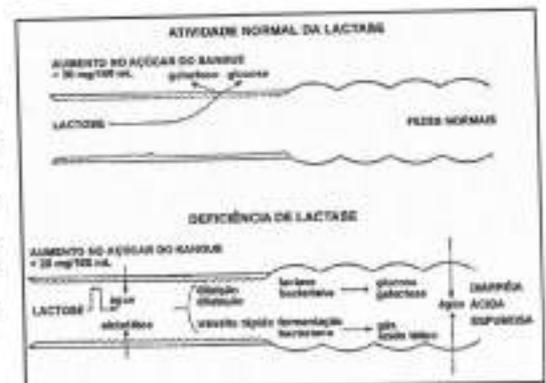


Figura 4. Eventos intestinais na tolerância à lactose comparada com intolerância à lactose. Fonte: SANTIN, 2005.



o grau da intolerância. Os tratamentos incluem regulação nutricional onde os intolerantes não abandonam completamente o leite e seus derivados, pois isso acarretaria em prejuízos como a falta de cálcio, vitaminas e imunoglobulinas (MATTAR, 2010).

No entanto, são indicados alimentos com baixo teor de lactose, que podem ser ingeridos sem causarem prejuízo ao indivíduo. Por exemplo, os queijos maturados que possuem quantidade mínima de lactose devido ao processo de maturação em sua produção. A maioria dos intolerantes conseguem tolerar doze gramas de lactose diárias, tornando desnecessária a eliminação total desta na dieta alimentar (JÚNIOR, 2013). Aconselha-se a introdução de produtos lácteos de forma lenta e gradual, aumentando a ingestão aos poucos e suspendendo-a caso haja algum efeito adverso (SANTIN, 2010).

### **Epidemiologia**

Estudos indicam que as regiões em que a pecuária era uma prática ativa, e o consumo de leite era elevado, conseguiram melhor adaptação quanto a ingestão de produtos lácteos pois durante algum tempo foi-se estimulado a produção da enzima lactase de forma gradual e desta maneira conseguiu-se que essa característica fosse repassada aos descendentes (MATTAR, 2010).

De acordo com Hartwig(2014 apud ZYCHAR, 2017), estima-se que 70% da população mundial é acometida por intolerância à lactose (ZYCHA, 2017).

### **Conclusão**

As pessoas que apresentam os sintomas da intolerância à lactose entendem a forma como suas vidas são afetadas e influenciadas por conta disso; já que tal deficiência afeta, não apenas a saúde, como a sua respectiva qualidade de vida. Como já observado, a intolerância a lactose se dá quando a enzima lactase sofre uma redução na quantidade ou simplesmente não é produzida. É fundamental que haja uma análise precoce e um específico tratamento para cada paciente, evitando alimentos com altos índices de lactose e substituindo-os por alimentos livres desse dissacarídeo. No instante em se inicia o tratamento dietético é recomendável, ao portador da intolerância, concentrar-se, principalmente, na sua adequação alimentar para que todas as necessidades observadas para si sejam atingidas.

Esses pacientes devem ser acompanhados de perto por médicos e nutricionistas para que, desta maneira, possam evitar posteriores aumentos relacionados a problemas metabólicos de doenças como a osteoporose, que podem vir a surgir por conta da falta de cálcio. Diante desses aspectos, é importante que a legislação seja ainda mais eficiente na hora

de exigir que todas as informações acerca do produto comercializado estejam presentes nas embalagens e nos rótulos de produtos e medicamentos, considerando e facilitando as necessidades da população que possui algum tipo de patologia.

### Referências

- BARBOSA, C. ANDREAZZI, M.C. Intolerância à lactose e suas consequências no metabolismo do cálcio. V Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica, 2010. Disponível em: <[https://www.unicesumar.edu.br/mostra-2010/wp.../94/.../cristiane\\_rickli\\_barbosa\\_1.pdf](https://www.unicesumar.edu.br/mostra-2010/wp.../94/.../cristiane_rickli_barbosa_1.pdf)>. Acesso em: 06 de maio de 2017.
- FRANCESCONI, Carlos.; et al. Oral administration of exogenous lactase in tablets for patients diagnosed with lactose intolerance due to primary hypolactasia. *Arq. Gastroenterol.* 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-28032016000400228](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032016000400228)>. Acesso em 14 de maio e 2017.
- HEYMAN, MELVIN. LACTOSE INTOLERANCE IN INFANTS, CHILDREN, AND ADOLESCENTS. 2006. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://PEDIATRICS.AAPPUBLICATIONS.ORG/CONTENT/118/3/1279](http://PEDIATRICS.AAPPUBLICATIONS.ORG/CONTENT/118/3/1279)>. ACESSO EM: 26 DE MAIO DE 2017.
- JELLEMA, P; et al. Lactose malabsorption and intolerance: a systematic review on the diagnostic value of gastrointestinal symptoms and self-reported milk intolerance. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/>>. Acesso em: 18 de maio de 2017.
- JÚNIOR, Bacelar.; et al. Intolerância à Lactose – Revisão de literatura. *BJSCR*, 2013. Disponível em: <[http://www.mastereditora.com.br/periodico/20131101\\_095645.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20131101_095645.pdf)>. Acesso em: 17 de maio de 2017.
- LOMER, M.C.E. PARKES, G.C. and SANDERSON, J.D. Review article: lactose intolerance in clinical practice – myths and realities. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 27: 93–103. 2008. doi:10.1111/j.1365-2036.2007.03557.x
- LONGO, G. Influência da adição de Lactose na produção de iogurtes. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006. Disponível em: <<http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/4949/Disserta%20E7%E3o%20GIOVNA%20LONGO%20-%20Tec%20Alimentos%20-%20006.pdf?jsessionid=35B58F982402D793DA45DF436D883A88?sequence=1>>. Acesso em 12 de Junho de 2013.
- MATHIUS, Laís.; et al. Aspectos atuais da intolerância à lactose. *Revista Odontológica de Araçatuba*, 2016. Disponível em: <[apcdaracatuba.com.br/revista/2016/01/trabalho6.pdf](http://apcdaracatuba.com.br/revista/2016/01/trabalho6.pdf)>. Acesso em: 20 de maio de 2017.
- MATTAR, Rejane. MAZO, Daniel. Intolerância à lactose: mudança de paradigmas com a biologia molecular. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000200025>>. Acesso em: 15 de maio de 2017.

RANGEL, Adriano.; et al. Lactose intolerance and cow's milk protein allergy. FoodSci. Technol, Campinas, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1678-457X.0019>>. Acesso em: 10 de maio de 2017.

PORTO, Clarissa.; et al. Experiência vivenciada por mães de crianças com intolerância à lactose. Família, Saúde e Desenvolvimento, dez. 2005. Disponível em: <[revistas.ufpr.br/refased/article/viewFile/8032/5655](http://revistas.ufpr.br/refased/article/viewFile/8032/5655)>. Acesso em: 15 de maio de 2017.

SÁ, Priscila.; et al. Aspectos etiológicos da Hipolactasia. Revista UNINGÁ, 2014. Disponível em: <[www.mastereditora.com.br/periodico/20141001\\_083741.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20141001_083741.pdf)>. Acesso em: 25 de maio de 2017.

SANTIN, Juliana. Intolerância à Lactose: novos entendimentos. DairyCouncilDigestArchives. 2010. Disponível em: <<http://www.nationaldairycouncil.org>>. Acesso em: 15 de maio de 2017.

SANTIN, JULIANA. INTOLERÂNCIA À LACTOSE: PARTE 1 - ETIOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA E PREVALÊNCIA. MILK POINT, DISPONÍVEL EM: <[HTTPS://WWW.MILKPOINT.COM.BR/CADEIA-DO-LEITE/LEITE-SAUDE/INTOLERANCIA-A-LACTOSE-PARTE-1-ETIOLOGIA-EPIDEMIOLOGIA-E-PREVALENCIA-25559N.ASPX](https://www.milkpoint.com.br/ca-deia-do-leite/leite-saude/intolerancia-a-lactose-parte-1-etio-logia-epidemiologia-e-prevalencia-25559n.aspx)>. ACESSO EM: 15 DE MAIO DE 2017.

SANTOS, FRANCISCA.; ET AL. INTOLERÂNCIA À LACTOSE E AS CONSEQUÊNCIAS NO METABOLISMO DO CÁLCIO. REV. INTERFACES. JUN, 2014. DISPONÍVEL EM: <[INTERFACES.LEAOSAMPAIO.EDU.BR/INDEX.PHP/REVISTAINTERFACES/ARTICLE/DOWNLOAD/66/68](http://interfases.leaosampaio.edu.br/index.php/revistainterfaces/article/download/66/68)>ACESSO EM: 23 DE MAIO DE 2017.

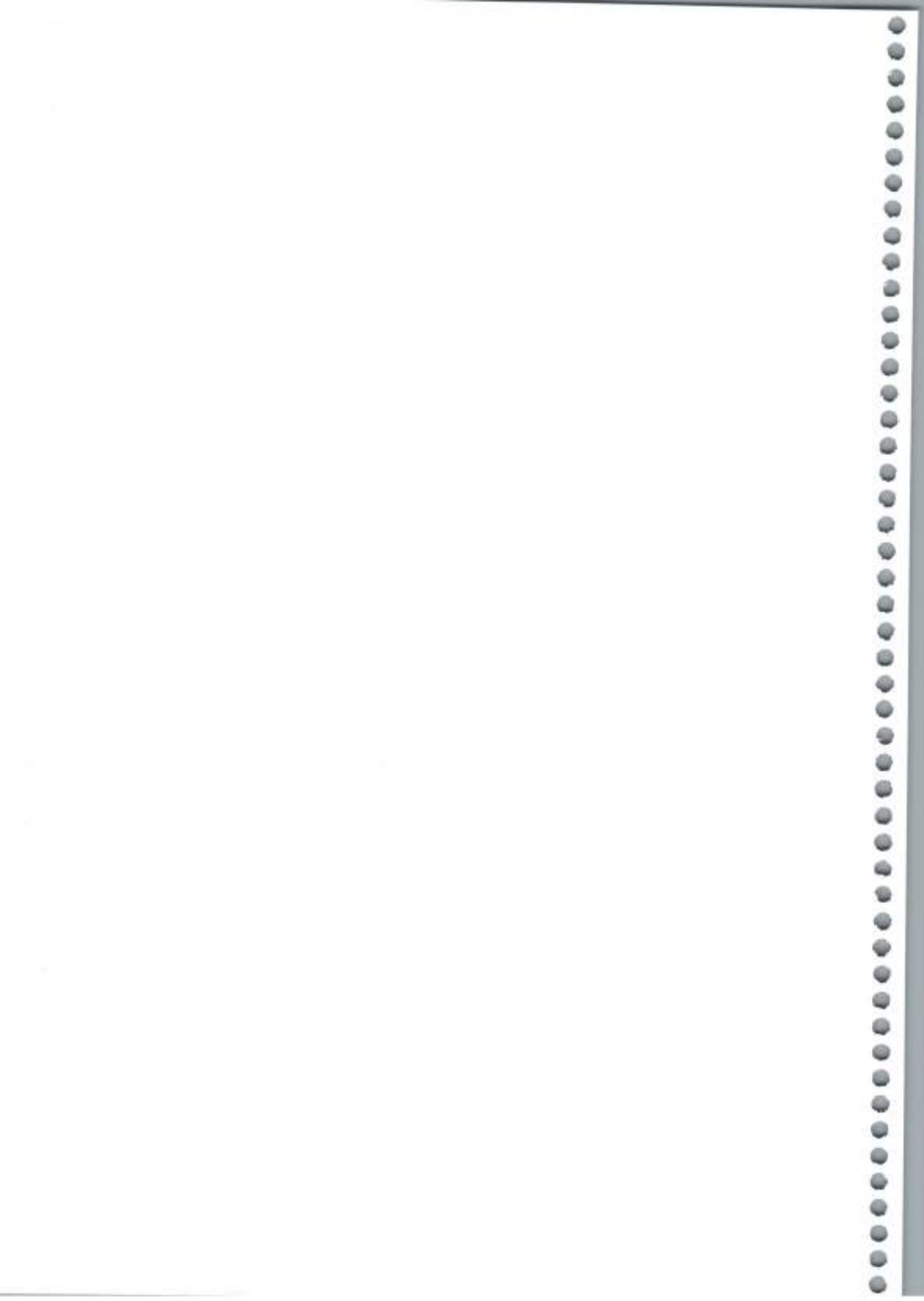
SILVA, GUSTAVO. LOPES, LEONARDO. INTOLERÂNCIA A LACTOSE E GALACTOSEMIA: IMPORTÂNCIA DOS PROCESSOS METABÓLICOS. BJSCR, 2015. DISPONÍVEL EM: <[WWW.MASTEREDITORA.COM.BR/PERIODICO/20150802\\_181752.PDF](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20150802_181752.pdf)>. ACESSO EM: 26 DE MAIO DE 2017.

TÉO, C. R. P. A. INTOLERÂNCIA À LACTOSE: UMA BREVE REVISÃO PARA O CUIDADO NUTRICIONAL. ARQUIVOS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIPAR, TOLEDO, V. 3, N. 6, P. 135-140, 2002. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://REVISTAS.UNIPAR.BR/INDEX.PHP/SAUDE/ARTICLE/VIEW/1190/1051](http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/1190/1051)>. ACESSO EM: 25 DE MAIO DE 2017.

TREVISAN, Ana. Influência de diferentes concentrações de enzima lactase e temperaturas sobre a hidrólise da lactase em leite pasteurizado. 2008. Disponível em: <[cascavel.ufsm.br/tede/tde\\_busca/processaArquivo.php?codArquivo=2075](http://cascavel.ufsm.br/tede/tde_busca/processaArquivo.php?codArquivo=2075)>. Acesso em: 27 de maio de 2017.

TUMAS, Rosana. CARDOSO, Ary. Como conceituar, diagnosticar e tratar a intolerância à lactose. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=3697](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3697)>. Acesso em 14 de maio de 2017.

ZYCHAR, Bianca. OLIVEIRA, Beatriz. Fatores desencadeantes da intolerância à lactose: metabolismo enzimático, diagnóstico e tratamento. Atas de Ciências da Saúde, São Paulo, pág. 35-46, 2017. Disponível em: <<http://www.revistaseletronicas.fmu.br/index.php/ACIS/article/view/1349>>. Acesso em: 20 de maio de 2017.



## CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ONCOLÓGICOS

Viviane Alves Damasceno<sup>1</sup>; Carine Barreto de Carvalho<sup>1</sup>; Marcos Vinicius Oliveira Carneiro<sup>2</sup>;  
Ana Paula de Oliveira Inô<sup>1</sup>; Raíssa Fonseca de Souza<sup>1</sup>; Sindi Soares Santiago Silva<sup>1</sup>; Milla  
Raíete Machado Vieira<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Graduandos em Enfermagem - Faculdade Irecê.

<sup>2</sup>Docente Faculdade Irecê

### RESUMO

**Introdução:** O câncer infantil é causado a partir da multiplicação de células neoplásicas no organismo de crianças e adolescentes. Dentre os inúmeros tipos de câncer presentes na infância, os que acometem com maior frequência são as leucemias, os do sistema nervoso central e os linfomas. **Fundamentação teórica:** Os tumores mais frequentes nas faixas etárias de 0 a 19 anos são as leucemias, os do sistema nervoso central e dos linfonodos. Em se tratando de crianças o diagnóstico do câncer afeta toda a família, não só ao paciente, principalmente quando uma série de cuidados se faz necessários. **Objetivos:** Analisar o papel do profissional enfermeiro em oncologia infanto-juvenil nos mais variados aspectos e na sua totalidade, Esclarecer o desenvolvimento do câncer no organismo e buscar relacionar com a fase de desenvolvimento que as crianças e adolescentes encontram-se. **Metodologia:** A metodologia utilizada trata-se de uma revisão de literatura de caráter qualitativo e interdisciplinar. **Resultados e discussões:** Neste contexto enfermeiro apresenta-se como figura essencial no tratamento, sendo necessário por parte do enfermeiro a prática de todas as suas competências e habilidades específicas, dentre estas, principalmente a de atenção à saúde, comunicação e gerenciamento.

**Palavras-chave:** Câncer infantil, Células neoplásicas, Papel do enfermeiro.

### INTRODUÇÃO

O câncer caracteriza-se por um grupo heterogêneo de doenças causadas pelo crescimento desordenado de células neoplásicas que invadem, por metástase, tecidos e órgãos. Correspondendo os vários tipos de câncer aos vários tipos de células encontradas no organismo, podendo ser causado por fatores externos ou internos ao organismo. Infelizmente o câncer é uma doença que pode estar presente na infância e adolescência, caracterizando-se o câncer infantil como a proliferação descontrolada de células anormais que podem afetar órgãos sadios de crianças com a formação de neoplasmas malignos. Sendo os tipos mais frequentes nesta idade as leucemias, os tumores do sistema nervoso central e linfomas (INCA, s.d).

A partir do momento que uma criança/adolescente recebe um diagnóstico de câncer não é apenas ela que precisará de cuidados. O câncer, por ser uma doença bastante agressiva, e muitas vezes causa a morte, amedronta tanto os pacientes diagnosticados com a doença quanto à família, ainda mais quando se trata de pacientes pediátricos.

Diante do diagnóstico de câncer, a reação inicial da família é de negação e desespero. O processo de frequentes hospitalizações e a mudança repentina na rotina de situações normais acaba por levar a desestruturação familiar. Os pais entendem que o processo não é natural, e que seu filho deveria estar crescendo e vivendo e não em situação de risco de morte. Frente a essa situação surgem emoções e comportamentos que podem tornar tudo mais difícil. Diante disso, cabe ao enfermeiro interferir prestando cuidados paliativos que abrangem a família, pois esta é um componente essencial na promoção da saúde e no cuidado à criança (SANTOS et al., 2013).

As principais terapias para o tratamento do câncer são com o uso de quimioterapia e radioterapia. Esses meios de tratamentos provocam apoptose nas células tumorais e ainda contribuem de forma preventiva ao evitar que tumores malignos se alojem em outras células e órgãos saudáveis. Apesar dos efeitos colaterais causados pelo uso desses tratamentos, os profissionais de enfermagem têm o dever de convencer as crianças acometidas com o câncer em tentar lidar com a doença, em cada etapa do tratamento (TUCCA, s.d).

Para mudar a percepção negativa de pequenos pacientes, o objetivo inicial é tornar mais ameno esse período doloroso, em especial o mal estar provocado pela quimioterapia, uma vez que encarar essa doença, considera-se um difícil papel tanto para o paciente quanto para os familiares, e certos efeitos quimioterápicos podem ter um grande impacto psicológico, tendo em vista que o apoio do profissional de enfermagem concebe um resultado no sucesso do tratamento, pois estes servem de estímulo para o organismo continuar lutando contra a doença. Logo torna-se dever do enfermeiro disponibilizar a criança/adolescentes informações sobre o processo, e prepará-la para os procedimentos, tencionando uma assistência individual e integrada, podendo transmitir para pacientes e familiares, a credibilidade de seus serviços (SOUZA et al., 2014).

Devido a atuação do enfermeiro ser de extrema importância para a melhoria das condições oncológicas em crianças e adolescentes, neste artigo buscamos abordar o papel do profissional enfermeiro na oncologia pediátrica, frente a diversas situações, levando em conta a relação profissional, paciente e familiar, no que diz respeito ao cuidados que favorecem o bem estar além de melhorar significativamente as condições psicossociais e biológicas, e a percepção do enfermeiro diante destas crianças e adolescentes, analisando o reflexo dos sentimentos, bem como isso pode interferir de alguma forma no processo do cuidar.

## **MÉTODOS**

No presente estudo buscar-se-á fazer uma revisão bibliográfica de caráter qualitativa e interdisciplinar, analisando-se artigos e livros que abordam a importância da enfermagem na



oncologia pediátrica diante da delicadeza dos pacientes oncogênicos infanto-juvenis. Faz-se necessário uma análise de artigos que abordam tal assunto para entender os aspectos deste tema.

Será feito um levantamento de artigos que estejam de acordo com o tema proposto entre os anos de 1990 a 2017 totalizando um período de 27 anos de artigos publicados, tanto de ordem nacional quanto internacional, verificando principalmente no Google acadêmico, SciELO, Lilacs, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e arquivos bibliográficos de universidades, assim como nas demais revistas eletrônicas da área da saúde.

A análise dos dados que serão obtidos será processado conforme a técnica de Bardin em que haverá três etapas: a pré-análise do material encontrado, para torná-lo operacional metodizando as ideias iniciais; a exploração do material que consiste basicamente em codificar, classificar e categorizar os dados do material obtido; e por fim a etapa do tratamento dos resultados, dedução e interpretação em que ocorre a análise reflexiva e crítica do material (SILVA et al., 1977).

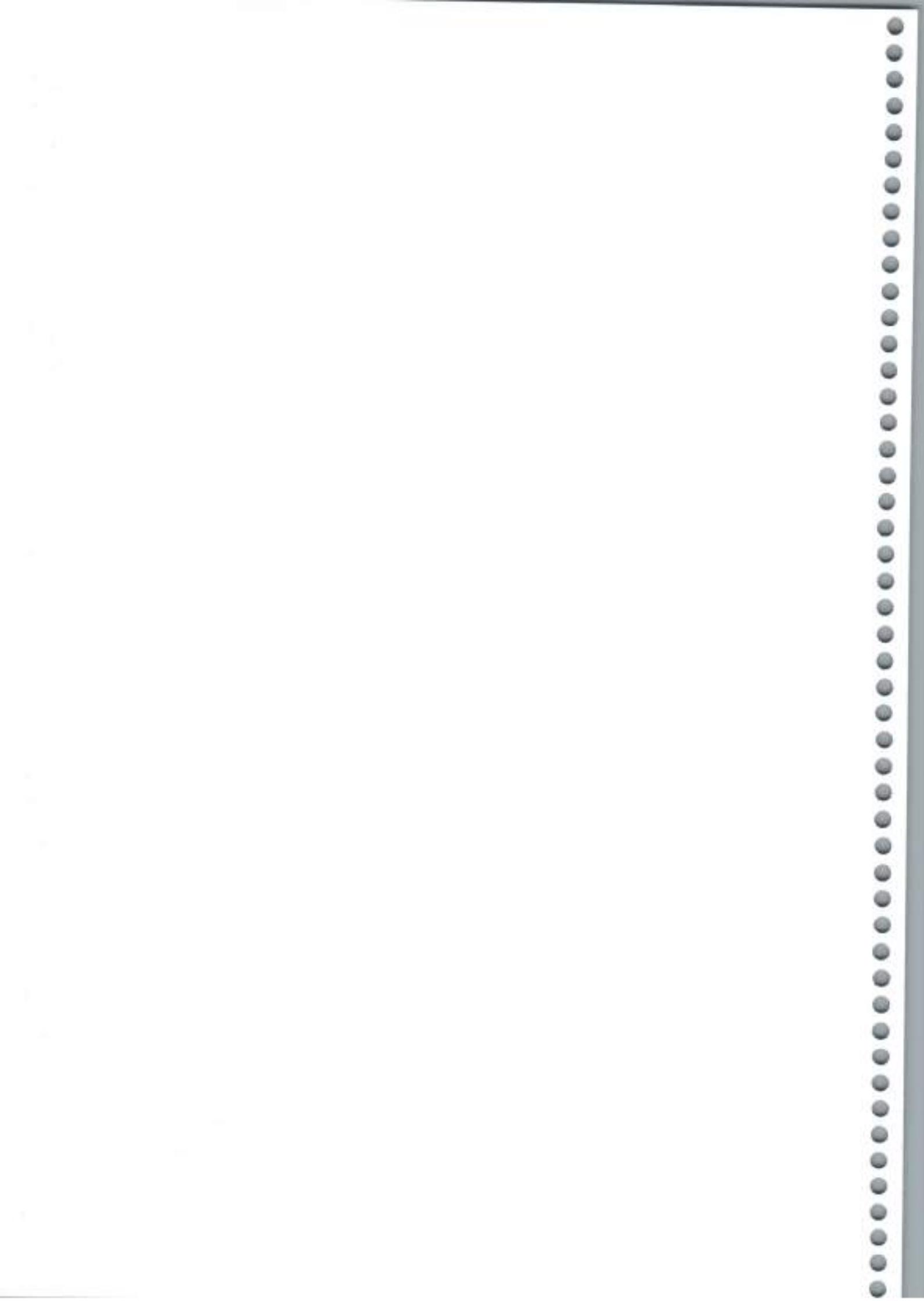
## RESULTADOS E DISCUSSÕES

### Atuação do profissional enfermeiro em oncologia

Por apresentar diferenças nos locais primários, diferentes origens histológicas e diferentes comportamentos clínicos, o câncer infanto-juvenil deve ser estudado separadamente do câncer no adulto. Os tumores infantis apresentam menores períodos de latência, em geral crescem rapidamente e são mais invasivos, mas apesar disto respondem melhor ao tratamento e são considerados de bom prognóstico. Sendo o tratamento da criança com câncer um dos maiores exemplos de sucesso nas últimas décadas (Ministério da Saúde, 2008). Neste contexto o enfermeiro apresenta-se como figura essencial no tratamento. Não apenas o profissional enfermeiro, mas toda a equipe de enfermagem e a equipe de saúde, em um empenho interdisciplinar para cuidar destas crianças e adolescentes.

O cuidar oferecido a crianças com doenças crônicas, requer por parte do enfermeiro a prática de todas as suas competências e habilidades específicas, dentre estas, principalmente a de atenção à saúde, comunicação e gerenciamento. O conhecimento da doença, seus sinais e sintomas, e das demais características peculiares a cada tipo de patologia tornam-se essenciais (SALES; SANTOS et al, 2012).

Quando uma criança diagnosticada com câncer inicia o tratamento este pode ser prolongado, muitas vezes doloroso, limitante, e provocar mudanças significativas na vida da criança e de seus familiares. Como consequência do tratamento ela pode vir a sentir dor, mal



estar, fadiga, falta de apetite, além de incomodar-se com a própria imagem, e em decorrência disso a criança tem dificuldade em aceitar sua condição existencial. Diante o diagnóstico e dos fatos apresentados, a família acaba por se desestruturar emocionalmente, a dinâmica familiar acaba sendo mudada, podendo assim ser comprometido seu trabalho e renda (SALES; SANTOS et al, 2012).

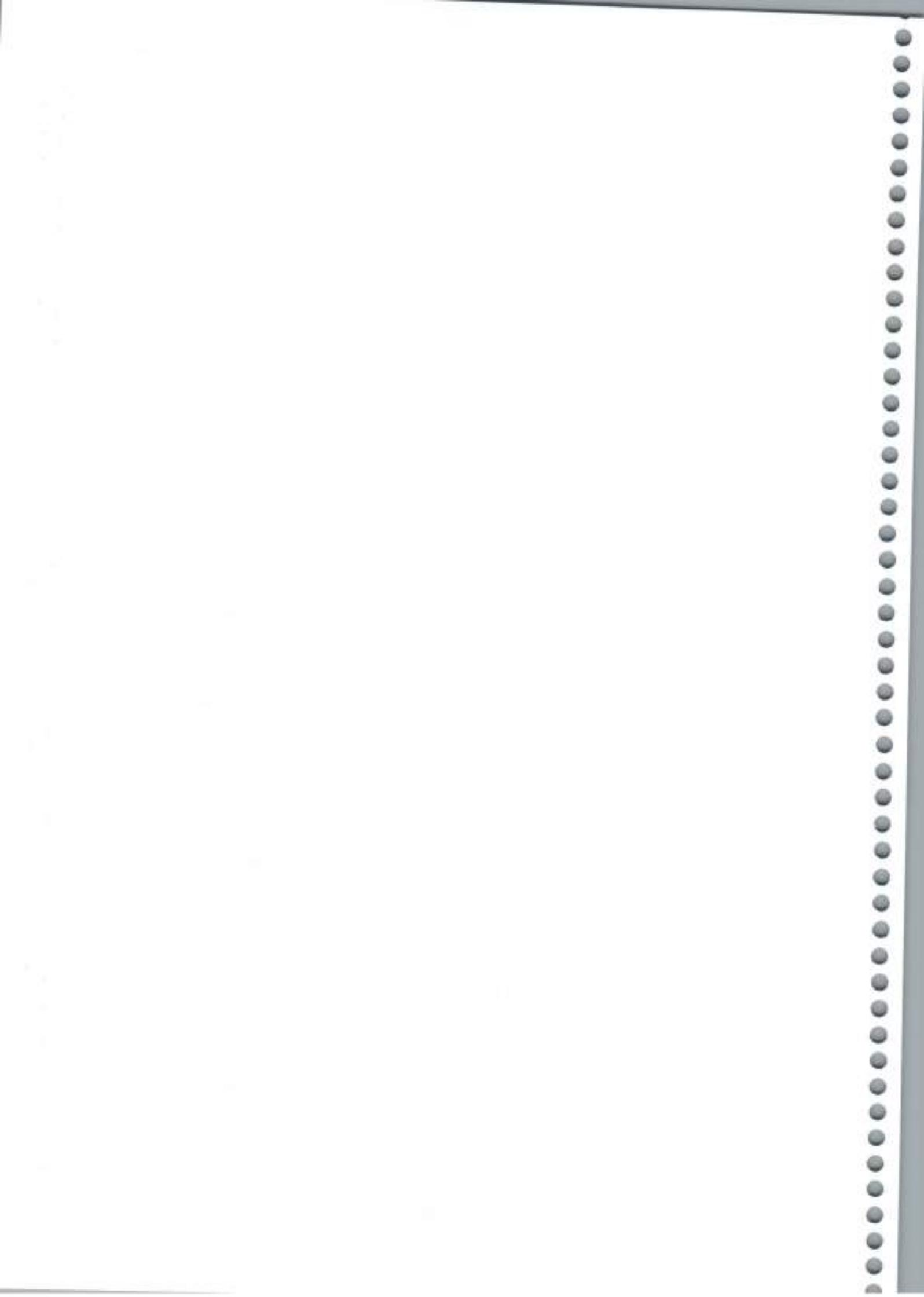
Segundo Silva e Cruz (2011), a percepção, pelo profissional enfermeiro, dos aspectos destacados, pode oferecer incentivos para que planeje a assistência de forma a buscar atender, dentro do possível, as demandas deste paciente considerando a individualidade do paciente e sua família, e as culturas vividas por eles. Nesse sentido, a atuação deste profissional na oncologia pediátrica demanda conhecimento técnico e científico, afetividade na oferta do cuidado à criança e à família visando assim a promoção da saúde, a qualidade de vida, o conforto e bem-estar dos mesmos. Ainda segundo Silva e Cruz (2011, p. 182):

E, ao individualizar-se o atendimento e atentar-se para a forma singular de enfrentamento à doença, os determinantes sociais devem ser considerados porque os estilos de vida individual e familiar, na maioria das vezes, não correspondem a uma livre escolha dos indivíduos e famílias.

Como pesquisado em estudo, segundo Silva (2013) e colaboradores, os cuidados de enfermagem na oncologia pediátrica devem ter o objetivo de reduzir a ansiedade, evitar um possível estado de depressão, amenizar o medo da criança e de sua família. Deve promover e incentivar a expressão dos sentimentos e adesão, comunicação, bem como ajudar a melhorar o relacionamento, ajudando na organização familiar para uma melhor puericultura. Realizar procedimentos seguros a evitar riscos de infecção e hemorragia, evitando ao possível a dor, desidratação, náuseas, vômitos e desnutrição. Fazendo-se assim o possível para ajudar na adaptação da criança.

Quando em fase terminal, os cuidados paliativos prestados devem assegurar a dignidade e garantir a qualidade de vida das crianças e adolescentes, respeitando a individualidade e tendo em vista a humanização do cuidado (COSTA; CEOLIM. 2010).

Por ser um cuidado desgastante e triste, por vezes torna-se inevitável ao profissional enfermeiro não se envolver emocionalmente, ainda que existam limites para o não envolvimento excessivo, e que o ideal seja separar o emocional do profissional. Esse envolvimento acaba levando a um esgotamento físico e emocional, que tende a se agravar quando o cuidar é para uma criança sem possibilidades de cura. Em relação a isto, fazem-se necessárias mudanças na estrutura organizacional hospitalar de modo a favorecer momentos nos quais os profissionais possam se sentir amparados e seguros, e tenham informações das crianças as quais oferecem o cuidar (SILVA et al., 2013).



### **Relação família-paciente**

A presença de uma criança com uma doença como o câncer, como já citado pode afetar e desestruturar toda a família, mas passado a fase inicial de diagnóstico esta deve permanecer unida e presente, uma vez que um tratamento médico adequado não exclui o papel que a família desempenha no tratamento, ela representa um importante apoio à criança/adolescente no processo de entendimento do que é o câncer, seus riscos e tratamento. É para que o enfermeiro crie estratégias que ofereçam apoio e auxilie a família nesses processos torna-se importante conhecer a experiência da família nas crises e o conhecimento que esta tem sobre a doença e perspectiva de vida (ORTIZ; LIMA, 2007).

O enfermeiro enquanto profissional pode não ter a capacidade de oferecer a assistência psicológica plena devendo este encaminhar os familiares a assistência psicológica adequada, onde os membros familiares venham a dividir suas apreensões, de modo a compartilhar experiências comuns a outras pessoas (MENEZES et al., 2007).

Segundo Angelo et al. (2010) os pais, principalmente a mãe, por ser na maioria das vezes o membro familiar responsável pelo acompanhamento da criança durante os momentos na unidade, precisa de muitas informações sobre a condição clínica do seu filho, mostrando muitas dúvidas, e em decorrência disso solicitam que os profissionais aos quais eles pedem esclarecimento, transmitam a informação com termos mais compreensíveis, essa necessidade de informação revela-se como um elemento fundamental nos processos de hospitalização, pois para a família participar do cuidado envolve além da presença física e apoio emocional dos familiares, a compreensão do que se passa. Considerado isto os enfermeiros e outros profissionais precisam informar as famílias sobre todas as condições da doença da criança, levando em conta o momento de informar, e às individualidade de cada família.

É importante ressaltar que principalmente as crianças em tratamento oncológico e seus familiares necessitam de um tratamento mais humano, que cuide não só de seu corpo biológico, mas também de sua subjetividade. Sendo de fundamental importância oferecer à criança um tratamento diferenciado do adulto, voltado para suas necessidades infantis (FREIRE et al., 2007).

Deste modo, a atenção e cuidados da enfermagem, tem significado relevante para os familiares e pacientes pediátricos oncológicos, pois os fazem sentir acolhidos e respeitados.

### **Abordagem epidemiológica na Bahia**

De acordo com o INCA, por meio das informações dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) da cidade de Salvador, nos anos de 1998 a 2002 o número total de

casos de câncer entre as faixas etárias de 0 a 18 anos totalizaram 820 novos casos, sendo 446 correspondente ao sexo masculino e 347 correspondente ao sexo feminino. Deste total 23% representam os casos de leucemia, 17% Linfomas e Neoplasias Reticulo-endoteliais, 11% SNC e Miscelânea de Neoplasias Intracranianas e Intraespinhais e 49% demais tumores.

Estudos avaliam que as regiões Sudeste e Nordeste apresentaram os maiores números de novos casos, 6.050 e 2.750, devido a estimativa que corresponde a um aumento de números de ocorrências de câncer infantil no Brasil, no qual, a maior taxa relacionaria nessas determinadas regiões, respectivamente, das outras localidades. Apesar que normalmente o índice é mais elevado em regiões mais desenvolvidas, onde este corresponde regiões Sul (75%) e Sudeste (70%) do que no Centro-oeste (65%), Nordeste (60%) e Norte (50%). Entretanto a Bahia ainda estar relacionada como um dos Estados de menor incidência, porém esse percentual tende a aumentar. Outro estudo realizado na Bahia, mostra que a faixa etária predominante entre os pacientes atendidos foi entre 1 a 4 anos, onde 151 crianças(32,5%) do total de 465, situava-se nesta faixa etária (DINIZ et al., 2005).

## CONCLUSÕES

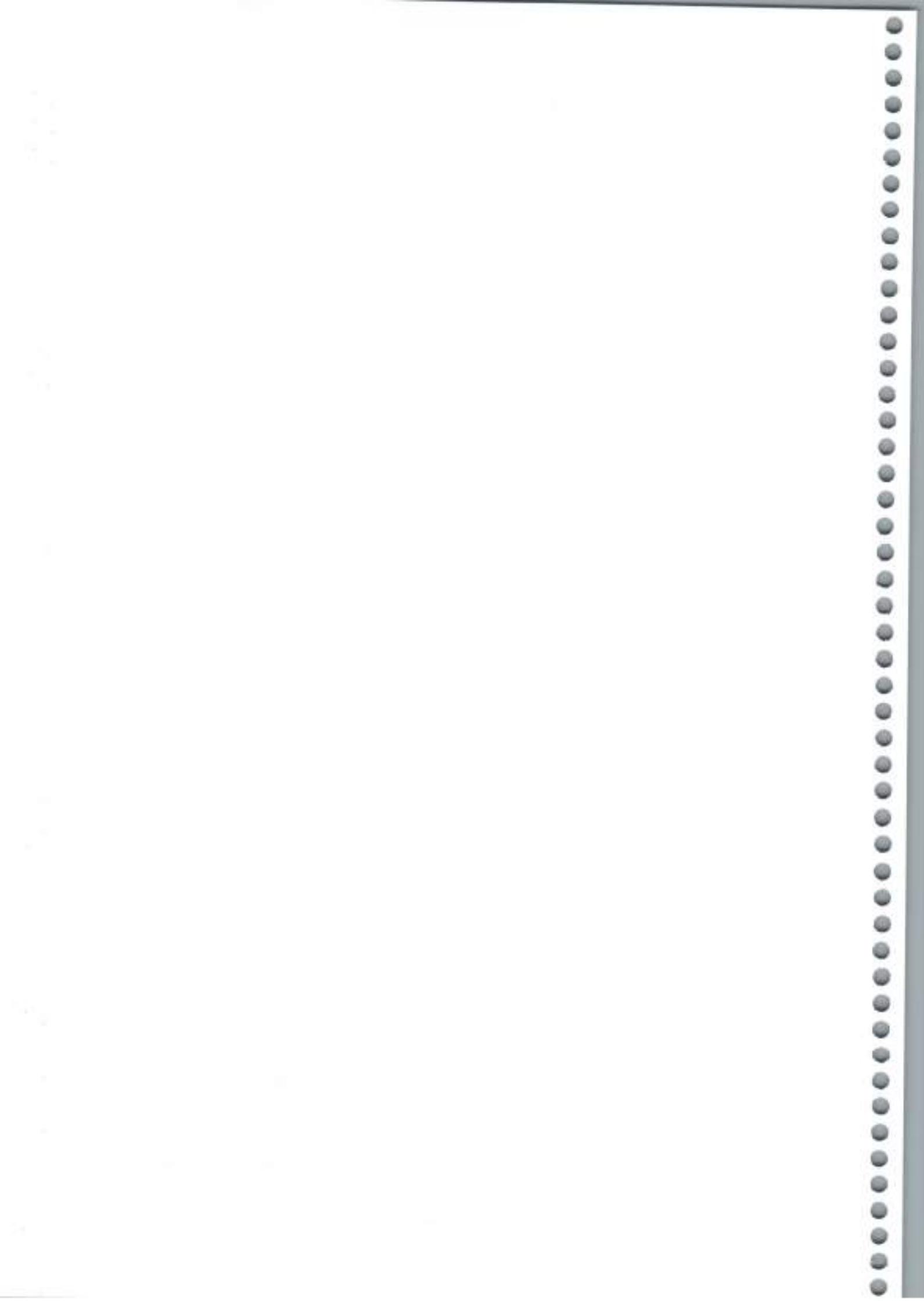
Este estudo demonstra que os cuidados de enfermagem oferecidos a criança que tem doença oncológica deve ser norteado por ações que busquem atender às diversas necessidades das crianças/adolescentes e suas famílias, levando-se em conta as particularidades de cada paciente e seus familiares, e que as dimensões do cuidar podem ser ampliadas quando se há um compartilhamento das necessidades do tratamento com a equipe multidisciplinar, considerando assim as necessidades de forma integral.

Diante desse cotidiano, constatamos que o enfermeiro e demais profissionais da equipe multidisciplinar devem ter a capacidade de separar o trabalho da vida pessoal, buscando auxílio quando sentir necessário, nos recursos oferecidos pelo hospital, considerando-se que a equipe que cuida também precisa de cuidados.

A presença de uma criança com uma doença como o câncer, afeta a rotina e os relacionamentos familiares de diversas formas. Tendo em vista que os familiares, principalmente a mãe costuma desempenhar papel importante no tratamento, faz-se necessário a elaboração de estratégias de intervenção na perspectiva de contribuir com as famílias durante e após o tratamento do câncer.

REFERÊNCIAS

- ANGELO, M; MOREIRA, L. P; RODRIGUES, A. M Laura. **Incertezas diante do câncer infantil: compreendendo as necessidades da mãe.** Esc Anna Nery RevEnferm, p. 301-308, 2010. acesso em 01 de maio de 2017. Disponível em: <[http://eean.edu.br/detalhe\\_artigo.asp?id=540](http://eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=540)> .
- COSTA. F. T; CEOLIM. F. M. **A enfermagem nos cuidados paliativos à criança e adolescente com câncer: uma visão integrada da literatura.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 dez;31(4):776-84.
- FREIRE, B.C Maristela, et al. **Humanização em oncologia pediátrica: novas perspectivas na assistência ao tratamento do câncer infantil.** Pediatr. mod, 2007. Acesso em 01 de maio de 2017. Disponível em: [moreirajr.com.br](http://moreirajr.com.br) .
- INCA. **O que é o câncer?.** Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322#](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322#)>. Acesso em: 19 de Fevereiro de 2017.
- INCA. **Câncer tipo infantil.** Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>> Acesso em 11 de abril de 2017.
- INCA. **Câncer da criança e do adolescente no Brasil.** Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/tumores\\_infantis/](http://www.inca.gov.br/tumores_infantis/)>. Acesso em 16 de abril de 2017.
- MENEZES, B.N Catarina; PASSARELI, M. Paola, et al. **Câncer infantil: organização familiar e doença.** Revista Mal-estar e subjetividade, Fortaleza, vol. 7, Vii- Nº 1, Mar/2007, p. 191-210. Acesso em 27 de abril de 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v7n1/11.pdf>> .
- MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA); SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA (SOBOP). **Câncer na criança e no adolescente no Brasil: Dados dos registros de base populacional e de mortalidade.** Rio de Janeiro, 2008. Acesso em 08 de Abril de 2017, Disponível em: [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br) .
- ORTIZ, A.C Maria; LIMA, G.A Regina. **Experiência de familiares de crianças e adolescentes, após o término do tratamento contra o câncer: subsídios para o cuidado de enfermagem.** Rev Latino-am Enfermagem, 2007. Acesso em: 28 de abril de 2017. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae) .
- SANTOS L.M.S; ARAÚJO J.S.; LIMA JÚNIOR R.N.; SOUSA R.F.; CONCEIÇÃO V.M.; SANTANA M.E.; **Cuidados paliativos para a criança com câncer: reflexões sobre o processo saúde-doença.** Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 15(3): 130-138 jul-set, 2013.
- SALES, A. C; SANTOS, M. G; SANTOS, A. J; MARCON, S. S. **O impacto do diagnóstico do câncer infantil no ambiente familiar e o cuidado recebido.** Rev.Eletr. Enf. [Internet]. 2012 oct/dec;14(4):841-9. Acesso em 15 de Abril de 2017. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/pdf/v14n4a12.pdf>> .
- SILVA, A.H.; MOURA, G.L.; CUNHA, D.E.; FIGUEIRA, K.K.; HORBE, T.A.N.; GASPARY, E. **Análise de conteúdo: fazemos o que dizemos? Um levantamento de estudos que dizem adotar a técnica.** 1977. Disponível em:



<<http://www.posemcomunicacaodigital.com.br/wp-content/files/biblioteca/Analisedeconteudofazemosoquedizemos.pdf>>. Acesso em: 18 de Abril de 2017.

SILVA, Rita de C. V; CRUZ, A. E. **Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais.** Esc Anna Nery (impr.)2011 jan-mar; 15 (1):180-185. Acesso em: 10 de Abril de 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000100025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100025)> .

SILVA, T. P. et al. **Cuidados de enfermagem a criança com câncer: uma visão integrativa da literatura.** RevEnferm UFMS, 2013 Jan/Abril;3(1):68-78. Acesso: em 09 de Abril de 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/6918>>.

SOUZA L.P.S.; SANTANA J.M.F.; SOUSA JÚNIOR R.B.; SILVA W.M.; SOUZA A.E.F.; ANUNCIAÇÃO A.C.F.; SOUTO S.G.T.; SOUZA A.A.M. **Atuação do enfermeiro na assistência a crianças com câncer: uma revisão na literatura.** J Health Sci Inst. 32(2):203-10, 2014.

TUCCA, Associação para crianças e adolescentes com câncer. **Orientações básicas.** Disponível em: <<http://www.tucca.org.br/cancer-infanto-juvenil/orientacoes-basicas/>>. Acesso em: 19 de Fevereiro de 2017.

**AS IMPLICAÇÕES NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: EDUCAÇÃO X SAÚDE -  
RELATO DE EXPERIÊNCIA NA FACULDADE IRECÊ - FAI**

Daniela Lopes Oliveira Dourado<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Professora do Curso de Enfermagem da FAI do componente curricular de Capacitação Pedagógica 5º semestre e Professora Substituta do curso de Pedagogia da UNEB Campus XVI Irecê. [dannylopes11@gmail.com](mailto:dannylopes11@gmail.com)

**RESUMO**

O processo da pesquisa que culmina neste relato de experiência foi construído ao longo da oferta do componente curricular Capacitação Pedagógica no quinto semestre do curso de Enfermagem da Faculdade Irecê – FAI, as práticas desenvolvidas com as turmas nos semestres 2016.2 e 2017.1 contribuíram para as reflexões que são orientadoras para os resultados apresentados neste artigo. A pesquisa desenvolvida a partir da pesquisa-ação como escolha metodológica, objetivou partilhar reflexões sobre a formação do enfermeiro na relação com a educação e a saúde, acreditando poder contribuir com outros estudantes da área de saúde e também possibilitar discussões formativas, reconhecendo o papel significativo destes profissionais para a qualidade de vida da população e a melhor eficácia no atendimento de clientes em saúde. Conclui-se evidenciando a importância de um processo formativo para o estudante em enfermagem e em outras áreas de atuação em saúde com a educação, e que compreender a relevância da sua atuação profissional implicada com as aprendizagens das pessoas atendidas nas unidades de saúde ou em outros espaços é fundamental para melhores resultados nas intervenções, e para a conscientização e entendimento sobre os procedimentos que irão receber, assim como também contribuir para a prevenção de doenças oportunizando maior qualidade de vida para a população.

**PALAVRAS- CHAVE:** Educação, Saúde, Formação em Enfermagem, relato de experiência.

**INTRODUÇÃO**

A formação em saúde exige um amplo olhar sobre a realidade social, o profissional nesta área não está apenas habilitado para cuidar e buscar o tratamento específico para o paciente que é atendido apresentando-se doente, mas também tem o papel de orientação e compartilhamento de conhecimentos que são importantíssimos para o cuidado e prevenção de doenças. Assim, esta formação se amplia, devendo também o profissional assumir o papel de educador, aquele que orienta, informa, compartilha conhecimentos e saberes e também aprende com seus pacientes.

Compreendendo esta responsabilidade sobre o desempenho do papel social do enfermeiro, o curso de enfermagem da Faculdade de Irecê, tem em seu currículo o componente de Capacitação Pedagógica ofertada no quinto semestre do curso, com o objetivo de instrumentalizar o futuro bacharel em enfermagem para oferecer subsídios, pelo

entendimento de concepções e conceitos educacionais, à reflexão, análise e o entendimento da natureza pedagógica do trabalho do enfermeiro.

Este componente curricular é ofertado regularmente com a carga horária total de 40H. São oportunizados conhecimentos teóricos- práticos com o intuito de uma formação de qualidade onde ele compreenda o seu significado, fundamentos e funções.

A partir de experiências promovidas nos semestres 2016.2 e 2017.1 é apresentado como resultado de uma pesquisa-ação, um relato de experiência que tem como objetivo partilhar reflexões sobre a formação do enfermeiro na relação com a educação e a saúde, acreditando poder contribuir de modo construtivo com outras estudantes da área de saúde e também possibilitar discussões formativas, reconhecendo o papel significativo destes profissionais para a qualidade de vida da população e melhor eficácia no atendimento de clientes em saúde.

### **A EDUCAÇÃO E SUAS DIMENSÕES**

É comum associar o termo educação à escola, ela representa o espaço social estruturado de modo sistemático para ensinar e promover a formação de pessoas. Mas é importante compreender que a educação não está centralizada no ambiente escolar, e que se apresenta de modo diverso na realidade social.

Segundo Brandão (2006) ninguém escapa da educação, ela está em todos os lugares, e as pessoas estão envolvidas se relacionando ao longo da vida aprendendo, ensinando, convivendo, realizando, fazendo as inúmeras situações da vida cotidiana, desta forma a educação está implicada com a vida. “Não há uma forma única nem um único modelo de educação; a escola não é o único lugar onde ela acontece e talvez nem seja o melhor; o ensino escolar não é a sua única prática e o professor profissional não é o seu único praticante” (Idem, p. 9).

Então, como reconhecer os espaços fora da escola como educativos? Primeiro é preciso entender os âmbitos da educação, se temos a escola como espaço formal, estruturada por uma cultura curricular que orienta os processos de ensino e por consequência a prática pedagógica, os campos de conhecimentos e conteúdos que deverão ser estudados em cada etapa da formação escolar, sabendo que os seus educadores são prioritariamente professores licenciados. Temos também, além da educação formal, a educação não formal e informal, não menos importantes que a educação formal, mas nem sempre reconhecidas e valorizadas no contexto social.

A educação não formal é reconhecida como aquela que acontece fora da escola. Segundo Gohn (2010) nas últimas décadas do século passado vem se ampliando os espaços educativos, seja no mundo do trabalho, no plano doméstico, com as novas tecnologias de comunicação, a internet, redes sociais, no setor de consumo, em atividades diversas como religião, esportes, lazer, política, cultura que podem fazer parte da realidade escolar, mas, não se vinculam exclusivamente com a escola. Estes espaços e contextos promovem conhecimentos que se desdobram entre aprendizagens coletivas e individuais, mas não estão sistematizadas como na educação formal, nela existe a liberdade de seus participantes a direcionarem ao encontro de objetivos que mudam de acordo suas escolhas e encaminhamentos.

As práticas da educação não formal se desenvolvem usualmente extramuros escolares, nas organizações sociais, nos movimentos sociais, nas associações comunitárias, nos programas de formação sobre direitos humanos, cidadania, práticas identitárias, lutas contra desigualdades e exclusões sociais. Elas estão no centro das atividades das ONGs nos programas de inclusão social, especialmente no campo das artes, educação e cultura (GOHN, 2010, p.36).

No entanto a educação informal se encontra no contexto sociocultural onde estamos inseridos, segundo Gohn (Idem) vamos nos educando nas diversas formas de relação com o mundo social e particular de cada ser, trocando experiências, herdando sentimentos, valores e princípios de acordo a cultura de pertencimento construída por escolha ou espontaneamente.

É importante considerar que estas dimensões da educação não competem entre si, mas se complementam no processo de formação ao longo da vida das pessoas nos diversos contextos sociais onde estão inseridas.

#### A PRÁTICA EDUCATIVA EM ENFERMAGEM

A educação e saúde são áreas implicadas, mas, atuam separadamente, entretanto, no universo social elas não se separam, como vimos, a educação se encontra num movimento formativo em várias dimensões, desta forma a saúde atua educando em todo seu exercício no âmbito da educação não formal.

Na formação em enfermagem os processos de aprendizagens para o enfermeiro educador ou a enfermeiraeducadora nem sempre são reconhecidos apesar de não deixar de existir, o que ocorre, é a valorização do olhar sobre a prática em saúde e não fica evidente muitas vezes que esta prática também é pedagógica, pois no seu dia a dia orienta, informa, acolhe, ensina e aprende. Assim, o papel do enfermeiro também é pedagógico, e se constitui

no cotidiano profissional, em toda sua atuação e procedimentos desenvolvidos nos diversos espaços em que trabalha.

Como desafio para o enfermeiro educador o encontro com a realidade das diversas pessoas que atende, promove o confronto entre o conhecimento científico, elaborado a partir de pesquisas e estudos comprovados e que orientam todo o trabalho profissional e por outro lado tem-se a cultura popular, produzida pelas pessoas a partir de seus diversos contextos sociais e experiências ao longo da vida, que se consolidam como mitos, crenças, valores, tabus que interferem na forma em que se relacionam com a vida e a saúde.

Entretanto, para interferir promovendo educação para novas condutas assumidas pela população para garantia de qualidade de vida e saúde, o enfermeiro precisa ter escuta sensível para compreender como as pessoas pensam e entendem sobre suas enfermidades, prevenção de doenças, utilização de medicamentos e vacinas.

A sensibilidade na construção pedagógica para a prática profissional do enfermeiro irá orientar a linguagem adequada, a postura orientadora, o conhecimento sobre como o outro pensa e por consequência melhores resultados na informação e aprendizagem para o cliente atendido. Uma vez que Freire (2011) reitera uma perspectiva de educação que não esteja aprisionada em procedimentos didáticos e conteúdos estranhos a realidade cotidiana de homens e mulheres.

#### RELATO DE EXPERIÊNCIA: A FORMAÇÃO PEDAGÓGICA NO CURSO DE ENFERMAGEM

O processo da pesquisa que culmina neste relato de experiência foi desenvolvido ao longo da oferta do componente curricular Capacitação Pedagógica no quinto semestre do curso de Enfermagem da Faculdade Irecê – FAI, da qual sou professora desde do segundo semestre de 2016, as práticas pedagógicas desenvolvidas com as turmas nos semestres 2016.2 e 2017.1 contribuíram para as reflexões que são orientadoras para os resultados apresentados neste artigo.

A pesquisa-ação como caminho na construção profissional do professor corrobora para o processo formativo contínuo, onde a sala de aula se transforma em seu laboratório e os planos, práticas, experiências, aprendizagens e construções participativas com os estudantes se tornam o campo de investigação para melhor compreender e qualificar sua própria prática, orientar seu pensamento pedagógico e também entender como pensam, aprende e se relacionam os estudantes participantes do processo com a proposta desenvolvida.

Então, a pesquisa-ação como escolha do caminho para a investigação, proporciona ao pesquisador um olhar que ao modo que intervém também investiga, sendo assim, um instrumento para a formação profissional. Segundo Thiollent (2011, p.8) “De passagem, nota-se que a pesquisa-ação pode ser concebida como método, isto quer dizer um caminho ou um conjunto de procedimentos para interligar conhecimento e ação, ou extrair da ação novos conhecimentos.”

Acrescenta-se também, a exploração dos produtos desenvolvidos durante o processo da docência, os planos, avaliações, atividades, trabalhos produzidos pelos estudantes, intervenções, as rodas de conversas, relatos das experiências estudantis, todos os instrumentos levantam informações para análises orientadas pela abordagem qualitativa. Ao passo que, o olhar auto avaliativo assumido por mim durante os dois semestres letivos, orientaram a partir das referências teóricas as interpretações sobre os resultados deste trabalho, elaborando também registros que contribuíram para a investigação.

#### A ORGANIZAÇÃO DO SEMESTRE LETIVO

O planejamento do semestre letivo é orientado pela ementa disponibilizada pelo Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem, ela evidencia o que é preciso considerar para estruturar as práticas pedagógicas que contribuirão para as aprendizagens do enfermeiro em formação. No Componente Curricular Capacitação Pedagógica a ementa define que deverá abordar “Tendências atuais no desenvolvimento de métodos e técnicas para o ensino aprendizagem, relacionados ao processo pedagógico de educação em saúde na prática de enfermagem. O enfermeiro e suas funções educativas nas dimensões da interdisciplinaridade do seu trabalho” (p.86).

Por isso, definem-se objetivos, metodologia, escolhem-se procedimentos e técnicas orientadas por princípios fundantes a partir de abordagens pedagógicas que estruturam todo fazer educativo. Por ora, ficou estabelecido que fosse preciso atender alguns objetivos, entre eles seria necessário que ao final o estudante em enfermagem compreendesse as relações entre teoria e prática pedagógica; relacionar educação e saúde; entender construções da cultura popular; Identificar a prática pedagógica formalizada do Enfermeiro nas áreas de atuação relacionadas ao: Ensino de enfermagem, prestação de serviços, planejamento de programas de saúde e capacitação pedagógica de recursos humanos; Elaborar e implementar plano de ação educativa que englobe atividades em campo, junto à comunidade; Compreender a educação em saúde como processo inclusivo e sistêmico orientado para o auto cuidado como qualidade de vida.



Todavia, os conteúdos e suportes teóricos alicerçaram as aprendizagens que foram sendo desenvolvidas ao longo do semestre, para isso, ficou estabelecido que o teórico Paulo Freire<sup>2</sup> seria o orientador da organização do trabalho pedagógico e seus fundamentos iriam nortear todas as ações da docência e também as reflexões sobre o eixo educação e saúde.

A partir de então, foram escolhidas algumas técnicas e procedimentos para o desenvolvimento das práticas pedagógicas como leituras, produção escrita, resumos, apresentações, debates, visitas, intervenções para experienciar a atuação pedagógica em enfermagem e a socialização dos resultados.

Inicialmente estudamos duas obras importantes para que pudéssemos ter suporte teórico para as ações que seriam necessárias ao longo do semestre letivo, a primeira Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire (1987) que permitiu discussões e aprendizagens no campo pedagógico, filosófico, social e político sobre a realidade da população brasileira e os processos educacionais que podem promover a opressão ou a libertação, implicando na relação das pessoas sobre com o mundo, no mundo, com as outras pessoas, sobre si mesmas. Ao modo que também trouxe importantes reflexões sobre o papel da educação em saúde e suas implicações para a qualidade de vida e eficácia do atendimento em saúde.

Em seguida também foi estudado o livro de Mizukami (1986) intitulado Ensino: as abordagens do processo, com esta obra foi possível conhecer as abordagens que orientaram o pensamento pedagógico ao longo da evolução humana para compreender como as pessoas aprendem e como os professores ensinam, e como cada abordagem interfere na forma de ver o mundo e interferir nele e por consequência qual é o papel da escola e do mundo na relação com o aprender e o ensinar.

Além destas duas obras outros textos abordando o tema educação e saúde foram discutidos para que pudéssemos aproximar a compreensão e o entendimento sobre as dimensões da educação e sua implicação com a saúde para a formação e atuação do enfermeiro.

A partir destes estudos foi possível utilizar alguns procedimentos como debates, apresentação síntese de estudos, seminários, discussões, aulas expositivas, leituras e

<sup>2</sup>No Brasil, Paulo Freire é o representante mais significativo da abordagem sociocultural (FREIRE, 1987). Nessa perspectiva, o ser humano não pode ser compreendido fora de seu contexto; ele é o sujeito de sua própria formação e se desenvolve por meio da contínua reflexão sobre seu lugar no mundo, sobre sua realidade. Essa conscientização é pré-requisito para o processo de construção individual de conhecimento ao longo de toda a vida, na relação pensamento-prática. Visa à consciência crítica, que é a transferência do nível de assimilação dos dados do mundo concreto e imediato, para o nível de percepção subjetiva da realidade, como um processo de relações complexas e flexíveis ao longo da história (MACHADO; WANDERLEY, s/d, p.6).

conceituações, levantamento de técnicas e procedimentos de ensino para serem abordadas na prática profissional e estudos sobre projeto de intervenção.

Os estudos culminaram em um projeto de intervenção elaborado em grupo de no máximo três pessoas, e que numa relação interdisciplinar com os outros componentes curriculares do semestre e de outros estudados anteriormente foi possível assumir algumas decisões como: os temas que seriam abordados os projetos de intervenções; os espaços escolhidos para atuação; o diagnóstico para tomada de decisão sobre como atuar e que tema escolher; e a gestão das práticas em enfermagens utilizadas.

A partir da tomada de decisão sobre os projetos de intervenções foi iniciada a orientação para a construção destes projetos, deixando em evidencia a prática pedagógica e a capacidade de inovação do estudante para criar procedimentos e técnicas, recursos materiais e didáticos para desenvolver as práticas pedagógicas, ressaltando sempre sobre o cuidado com a linguagem e a metodologia eleita para desenvolvimento dos trabalhos.

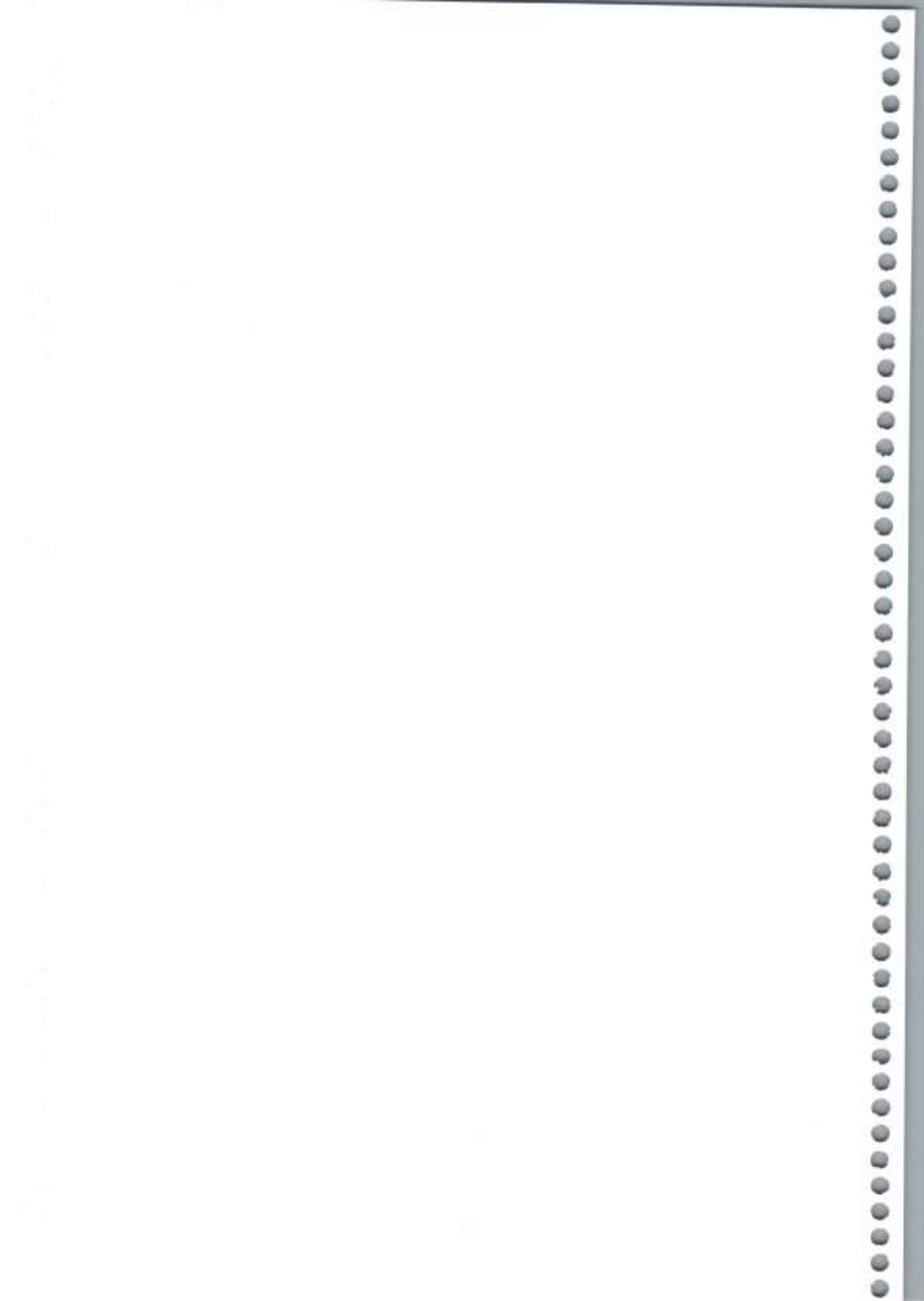
Com a estruturação do projeto concluída eles foram a campo intervindo em escolas, postos de saúde, salas de espera, associações, igrejas, feira livre com temas sobre: Orientação para gestantes, saúde e meio ambiente, sexualidade e drogas na adolescência, a vacina HPV, atenção ao Hipertenso e ao diabético, verminose e parasitose, nomofobia, entre outros.

#### A INTERVENÇÃO: PRÁTICAS ORIENTADAS NA PEDAGOGIA FREIRIANA

Nenhuma prática pedagógica é constituída ao acaso, ela está sempre alicerçada no modo de como o educador se relaciona com o mundo e as ideologias que orientam seu pensamento. Mesmo que ele não saiba quais são essas ideologias, elas orientam sua relação com o mundo, às pessoas e as suas intervenções no mundo, da mesma forma ocorre com a ação pedagógica.

Diante disso, são fundamentais no processo formativo estudos que possam permitir ao estudante a compreensão e o papel da sua profissão na construção da realidade social. Entende-se que somente com consciência sobre como suas intervenções podem interferir na realidade do outro e no mundo, que se pode buscar assumir propostas que tenham de fato uma preocupação com a construção de conhecimentos que sejam significativos e que proporcionem transformações importantes para a realidade social e pessoal das pessoas envolvidas.

Os estudos fundamentados em Paulo Freire orientaram as discussões sobre o desenvolvimento da educação em Saúde e o próprio fazer pedagógico, Freire (1987) denuncia os percursos educativos que desconsideram os educandos, ou seja, aqueles que serão



aprendizes no processo, para ele uma educação não pode ser por transferência ou informação, pois anulam os sujeitos e imprimem uma ação domesticadora e passiva. Este modelo de educação é denominada por ele como bancária, onde os educadores são depositantes de conteúdos e informações e os educandos os depositários, recebem a informação sem nenhuma interação ou manifestação sobre seus conhecimentos ou relação com o que está sendo depositado, mas tarde como saldo ele precisa reproduzir os condicionamentos impressos em sua conduta e saberes, de acordo com o que lhe foi "dado".

Esta educação "bancária" implica, além dos interesses já referidos, outros aspectos que envolvem sua falsa visão dos homens. Aspectos ora explicitados, ora não, em sua prática.

Sugere uma dicotomia inexistente homens-mundo. Homens simplesmente no mundo e não com o mundo e com os outros, homens espectadores e não recriadores do mundo. Concebe a sua consciência como algo especializado neles e não aso homens como "corpos conscientes". A consciência como se fosse alguma seção "dentro" dos homens, mecanicistamente compartimentada, passivamente aberta ao mundo que a irá "enchido" de realidade (FREIRE, 1987, p.62-63).

Por consequência, Freire apresenta como processo de democratização da aprendizagem o diálogo. Somente com o diálogo pode existir uma relação recíproca ao aprender, através do diálogo é possível entender o outro e "juntos" com respeito e coletividade, onde ninguém é mais importante que o outro, a relação dialogal permite que dúvidas e dificuldades sejam apresentadas, como também experiências vividas ao longo da vida sejam valorizadas, e as construções em torno dos saberes tecidos em conjunto ganhem reflexões, profundidade e conscientização, com o diálogo é possível ir do saber comum ao científico, sem impor ao outro sem entendimento palavras sem sentido. "O diálogo é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu" (Idem, p. 78).

O nosso papel não é falar ao povo sobre a nossa visão do mundo, ou tentar impô-la a ele, mas dialogar com ele sobre a sua e a nossa. Temos de estar convencidos de que a sua visão do mundo, que se manifesta nas várias formas de sua ação, reflete a sua situação no mundo, em que se constitui. A ação educativa e política não pode prescindir do conhecimento crítico dessa situação, sob pena de se fazer "bancária" ou de pregar no deserto (FREIRE, 1987, p. 87).

As afirmativas de Freire acordam para o reconhecimento do protagonismo dos sujeitos na educação popular, que visualizam as diversas possibilidades de se galgar conquistas e sonhos, pois as pessoas assumem um comportamento participativo comprometido, numa educação "junto" com seus participantes e não "para" menosprezando o caráter político de homens e mulheres, visto que, não existe criticidade e libertação "dada", elas são conquistas de um processo de transformação do sujeito consigo e com o meio em constante movimento.

No entanto, é preciso entender que no espaço não formal lidamos com diversas situações inusitadas, o contexto da cultura popular nos indica quando valorizada, como pensa e como reagem os sujeitos sobre alguns conteúdos e temas. Por isso, é preciso buscar procedimentos pedagógicos que orientem como explorar a palavra de quem precisa de conhecimentos para transformar sua realidade e assumir um compromisso com a saúde e com a vida. A roda de conversas é uma possibilidade que provoca o uso da palavra, proporcionando o diálogo e provocando discussões construtivas.

*A Roda de Conversa, concebida originalmente como formação de espaços orgânicos de relações entre as estruturas de gestão do SUS, se apresenta como estratégia que, nesse sentido, transmite a ideia da condução, de continuidade e de reciprocidade, em que a relação entre os sujeitos se dá de forma horizontal, viabilizando a participação democrática, permitindo a permeabilidade dos diferentes saberes que a integram (BRASIL, 2005).*

A dinâmica dos trabalhos realizados tanto em sala na formação em enfermagem quanto nas intervenções realizadas pelos estudantes proporcionaram diversas rodas de conversas, com argumentos a partir de problematizações de temas pertinentes aos processos de aprendizagens que se queria desenvolver, proporcionando discussões sobre o contexto popular, ou seja, o senso comum, evoluindo para os saberes científicos a partir de reflexões e argumentos significativos, com fundamentações orientadoras importantes para a evolução em saúde.

#### ALGUMAS REFLEXÕES

Durante o desenvolvimento do semestre, algumas rodas de conversas provocaram diálogos que apresentaram não somente os saberes que estavam circulando a partir dos estudos no semestre, mas também os saberes que os estudantes traziam de outros espaços, disciplinas estudadas concomitantes e semestres já concluídos, assim, foi possível perceber por exemplo a importância dos estudantes técnicos em enfermagem que trouxeram suas experiências a partir do contexto de atuação profissional para confrontar com os saberes que estavam sendo promovidos no curso. Esta relação dialogal contribuiu significativamente para compreensão dos graduandos que ainda não atuam em enfermagem para entender melhor a realidade onde iria intervir.

As intervenções realizadas provocaram reflexões significativas para a concepção dos estudantes sobre a realidade das comunidades atendidas, a linguagem e contexto social, saberes e conhecimentos populares, mitos, tabus e valores que proporcionaram uma aproximação com as pessoas envolvidas nos projetos.



As experiências proporcionaram algumas falas que demonstram reflexões significativas. No início do semestre alguns estudantes desconsideravam o componente curricular Capacitação Pedagógica, não viam relação com sua formação, mais tarde foi possível colher alguns depoimentos que demonstram a importância deste componente para a formação consciente do enfermeiro educador (Alguns relatos estão enumerados no Quadro I neste texto).

Para encerrar o semestre foi solicitado que os estudantes socializassem com a turma os seus projetos e resultados da intervenção, neste momento também foram apresentadas algumas reflexões importantes a partir das experiências vivenciadas.

De modo geral, foi perceptível o reconhecimento da importância da formação pedagógica e da relação implicada entre saúde e educação, alguns estudantes concluíram que existe um sistema de educação estruturado pela saúde no Brasil que é falho, pois se trabalha com campanhas muito generalistas e nem sempre elas conseguem estabelecer comunicação com o público que está direcionado a atender.

Dois estudantes da turma do semestre 2017.1 fizeram denúncias interessantes, o primeiro que *"A saúde trabalha muito por convocação e não explica o que representa os processos e tratamentos, as pessoas se vacinam por confiar no sistema de saúde, mas não compreendem a finalidade da intervenção"* e o segundo que *"o ponto mais fraco da saúde é a informação"*. Estas conclusões foram apresentadas a partir das intervenções ministradas, sendo o primeiro depoimento em uma roda de conversas abordando um diálogo com adolescentes sobre a vacina HPV (Human Papiloma Virus), e o segundo através de um bate papo com adolescentes sobre sexualidade e drogas. Reflexões importantes (mesmo que generalistas, mas que possibilitam análises) sobre os processos de informação e orientação da população sobre medicamentos, tratamentos e imunização, demonstrando também que muitas pessoas podem desconsiderar muitas orientações por não compreender de forma clara o sentido.

Como contrapartida, evidenciaram como o diálogo é fundamental para o desenvolvimento de práticas educativas, trouxeram suas experiências de modo empolgante, onde anunciaram a aproximação com os participantes, a importância da fala dos mesmos para a construção dos saberes e atendimento dos objetivos propostos. Vários grupos relataram que os participantes elogiaram a forma como foram abordados e a relação proximal que se estabeleceu no processo da intervenção, também deram retorno elogiando, demonstrando entendimento e sentindo-se valorizados, denunciaram que quando as palestras são cansativas e eles não entendem o que está sendo apresentado não querem permanecer até a finalização.



Também foi relatada pelos futuros bacharéis em enfermagem, a importância da qualidade em educação em todos os âmbitos em que a mesma se apresenta, pois se acredita que apenas uma população com conhecimentos, opinião própria consciente, teríamos outro cenário sócio-político-cultural, pois a educação contribui para a formação dessas pessoas e transformação da realidade. Assimilando que a Educação e a Saúde andam de mãos dadas, e que para que as pessoas tenham vida saudável, é necessário conhecimento sobre os fatores determinantes do processo saúde-doença, e assim, sejam tomados os devidos cuidados relacionados ao processo de prevenção e ou adoecimento.

O quadro a seguir apresenta algumas falas de estudantes na relação com a disciplina e suas aprendizagens ao longo do semestre.

QUADRO I -Relatos sobre o curso e a formação

Estudantes	Relatos
Estudante 1	<i>A disciplina Capacitação Pedagógica teve papel de muita importância na construção da minha formação, pois ela oferece oportunidades e possibilidades para que eu desenvolva uma consciência crítica, com capacidade de buscar o conhecimento atribuindo para a construção o saber, assumindo assim, como enfermeira, o papel de educador para atuar como um agente transformador no contexto da realidade que vivencia.</i>
Estudante 2	<i>É importante salientar algo que não sabia sobre enfermagem que temos matéria para tudo, pelo menos na FAI, sim. Descobri que poderia passar conhecimento a outras pessoas de várias formas através da disciplina de Capacitação Pedagógica, vi os vários tipos de metodologias, qual a melhor para cada momento.</i>
Estudante 3	<i>Quanto a matéria CP fiquei me perguntando o porquê dessa matéria na enfermagem. Porém com o desenvolvimento da mesma percebi o quanto ela está sendo importante em minha vida acadêmica, com ela conheci a verdadeira forma de ensinar e de como podemos nos manter sempre em educação continuada em nossa vida profissional. Assim ela contribui de forma excepcional a minha formação, com um conteúdo que levarei para a vida profissional e utilizando seus métodos não tenho dúvida que minha equipe e pacientes terão o máximo de aprendizagem, principalmente na Atenção Básica.</i>
Estudante 4	<i>A disciplina de CP contribuiu diretamente em nossa forma de agir de modo geral. Mostrou que nós somos capazes de ir muito além do que pensávamos, mostrou novos meios de se comunicar com pessoas, novas maneiras de fazer trabalho e não se apegar apenas a slides, papéis ou materiais do gênero.</i>
Estudante 5	<i>Da mesma forma puder compreender que o contato da equipe de saúde com a população é significativo para entender a realidade e a necessidade que cada um enfrenta no seu dia-a-dia e assim poder colocar em práticas projetos de educação/saúde visando à promoção e prevenção de doenças para a população. Foi possível observar também que por menor que seja um projeto sendo ele planejado e colocado em prática de maneira que a população entenda o que se quer passar, com certeza vai sim ter um retorno positivo, e é nesse retorno que a gente percebe como o que a gente está fazendo é importante e pode mudar a vida de alguém de alguma maneira.</i>
Estudante 6	<i>Minha expectativa é ser uma profissional não preocupada apenas com as questões técnicas desenvolvidas no cuidado ao paciente, mas ser aquela que executa educação permanente e continuada em saúde, que saiba agir criticamente no cenário que quer atuar, que consiga levar para população meios de prevenção e promoção a saúde através de atos educativos como, uma sala de espera na Estratégia de Saúde da Família, executar o projeto de saúde na escola, entre outros, agindo humanamente, igualmente e eticamente.</i>
Estudante 7	<i>As visitas feitas no PSF junto à escola do bairro "X" me fez entender o quanto é importante que a educação e a saúde andem sempre juntas, pois para que haja a diminuição de certas doenças endêmicas é necessária a conscientização e ajuda da população, e o ensino pode proporcionar essa melhora.</i>
Estudante 8	<i>A matéria de capacitação pedagógica a princípio, foi a menos atrativa para mim.</i>



	<i>Sim, como que uma estudante de enfermagem precisa ter conhecimentos sobre educação pedagógica, em meu ponto de vista teríamos que aprender sobre saúde e doença, e como prevenir e cuidar destas, não vendo fundamento em tal matéria para o curso. Quão grande foi o meu engano, com esta matéria aprendi, que temos que evoluir em conhecimento a cada dia, a nos capacitar sempre, pois não seremos só cuidadores de pessoas, também seremos formadores de conhecimentos em saúde, e que o nosso trabalho e conduta como enfermeiros administrativos ou assistenciais, precisamos estar aptos para transmitir ensinamentos e informações de forma clara e objetiva, para um maior entendimento da sociedade, por isso a importância desta matéria para nossa formação, a dinâmica apresentada pela professora, foi fundamental para que assimilássemos que educação e saúde caminham juntas, e são necessárias sempre lado a lado.</i>
Estudante 9	<i>Seguido assim durante seis meses de intensos dias letivos, a disciplina de capacitação pedagógica pode nos mostrar uma nova forma de demonstrar nossos conhecimentos no decorrer do aprendizado do curso de enfermagem, um novo modelo de apresentação e exposição de nossos trabalhos de uma forma a qual nunca poderíamos esperar que fosse possível. Deu certo foi muito produtivo, mais que o esperado e irá servir como base para as próximas intervenções à surgir no decorrer do curso.</i>

Fonte: Dados levantados pela autora a partir de atividades de registros produzidas pelos estudantes do semestre letivo 2016.2

Estes relatos confirmam o quanto o componente Capacitação Pedagógica provoca reflexões importantes e significativas no processo de formação em enfermagem, favorecendo um olhar mais amplo do futuro profissional e a compreensão sobre a relação implicada da saúde e educação.

## CONSIDERAÇÕES

Enfim, depois de toda experiência desenvolvida ao longo de dois semestres, percebi o quanto aprendi tendo a oportunidade de atuar na formação de enfermeiros, e como pedagoga pude ampliar meus saberes em saúde e me aproximar a partir dos trabalhos desenvolvidos pelos estudantes da educação não formal em saúde, proporcionando reflexões significativas no processo continuado de minha formação. Sabendo também que tenho a oportunidade de atuar com um currículo de um curso sensível com a formação humana dos estudantes em enfermagem.

Considero também, que os caminhos escolhidos para o desenvolvimento da prática pedagógica oportunizaram aprendizagens significativas tanto para mim professora como para os estudantes, os relatos comprovam esta afirmativa, principalmente quando os estudantes reconhecem o diálogo como caminho para aproximar todos os envolvidos no processo. Assim, é preciso reconhecer Freire (1987) quando ele afirma que as pessoas aprendem em comunhão mediatizados pelo mundo.

Complemento evidenciando a importância de um processo formativo para o estudante em enfermagem e em outras áreas de atuação em saúde com a educação, compreender a relevância da sua atuação profissional implicada com as aprendizagens das pessoas atendidas



nas unidades de saúde ou em outros espaços é fundamental para melhores resultados nas intervenções para a conscientização e entendimento sobre os procedimentos que irão receber, assim como também irão contribuir para a prevenção de doenças oportunizando maior qualidade de vida para a população.

Por fim, os profissionais de saúde, especialmente em enfermagem terão consciência da importância de sua atuação numa perspectiva de valorização do ser humano, seus saberes e conhecimentos, como também do uso adequado de procedimentos em educação que garanta boa comunicação numa relação dialogal.

#### REFERENCIAS

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação**. São Paulo: Brasiliense, 2006. (Coleção Primeiros Passos; v. 20).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

FACULDADE IRECÊ. **Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem**. FAI: Outubro/2012.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 26.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

\_\_\_\_\_. **Educação e Mudança**. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

GOHN, Maria da Glória. **Educação Não Formal e o Educador Social – atuação no desenvolvimento de projetos sociais**. São Paulo: Cortez, 2010. (Coleção Questões da nossa época; v. 1).

MACHADO, Adriana Germano Marega. ; WANDERLEY, Luciana Coutinho Simões. **Educação em Saúde**. UNA-SUS/ UNIFESP, s/d. Endereço eletrônico: [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade09/unidade09.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf). Acesso em julho de 2016.

MIZUKAMI, Maria da Graça Nicoletti. **Ensino: as abordagens do processo**. São Paulo: EPU, 1986.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa-ação**. 18.ed. São Paulo: Cortez, 201

**PERCEPÇÃO SOBRE O AMBIENTE DA CLÍNICA DE HEMODIÁLISE:  
POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO EM PSICOLOGIA**

Deogracia Gama Esperança Silva<sup>1</sup>; Thalita Patrícia de Sousa<sup>1</sup>; Wilma Rodrigues dos Santos Almeida<sup>1</sup>; Edilana Dourado<sup>2</sup>; Lidiane Bento<sup>2</sup>; Luciane M. Machado<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Graduandas do Curso de Psicologia da FAI;

<sup>2</sup>Docentes no Curso de Psicologia da FAI

**RESUMO:**

A Psicologia Ambiental, ao estudar a relação recíproca entre o comportamento humano e o espaço, segundo Günther (2009), o ambiente exerce um papel fundamental na vida da pessoa, determinar a influência que o meio ambiente exerce, as relações que com ele estabelecem, o modo como as pessoas agem, reagem e se organizam conforme o meio ambiente. Pensando nessa relação, este estudo tem como objetivo analisar a percepção de um funcionário sobre o ambiente da hemodiálise da região de Irecê. Foram considerados também os postulados da Psicologia Ambiental, bem como conceitos considerados importantes dentro das disciplinas de Psicologia Social, Processos Psicológicos e Psicologia do Desenvolvimento. Objetivou-se ressaltar a interação dos usuários de insuficiência renal crônica que realizam tratamento na clínica de hemodiálise e de que forma o ambiente construído influencia no comportamento dos indivíduos, e como o sujeito age sobre o meio. O papel do psicólogo nesse tratamento, função como parte integrante da equipe de saúde e como este trabalho é de extrema importância para melhor adaptação, aceitação e bem-estar do paciente.

**Palavras-chave:** Doença renal crônica; Atendimento psicológico; Psicologia Ambiental.

**INTRODUÇÃO**

Este trabalho tem como objetivo a análise de uma instituição, eleita de acordo com interesse dos investigadores, analisando os aspectos inerentes a este espaço, tendo como foco as disciplinas de Psicologia Ambiental, Psicologia do Desenvolvimento II, Psicologia Social e Processos Psicológicos Básicos. O psicólogo Kurt Lewin (1890-1947) foi um dos primeiros a dar importância à relação entre o ser humano e o ambiente. O seu objetivo era determinar a influência que o meio ambiente exercia sobre as pessoas, as relações que com ele estabelecem, o modo como as pessoas agem, reagem e se organizam conforme o meio ambiente. Na Psicologia ambiental, uma questão a ser considerada é a apropriação do espaço, advinda, de acordo com Pol (1996), das filosofias de Marx e Heidegger, e apropriar-se de um lugar não é só fazer dele uma utilização reconhecida senão estabelecer uma relação com ele, integrá-lo nas próprias vivências, enraizar-se e deixar a própria marca, organizá-lo e tornar-se ator de sua transformação. (Citado em Pol, 1996, p.51).



Está implícita acima a noção de que as pessoas deixam marcas suas e se apossam do espaço, tornando-o um lugar (Bomfim, 2003), formando com ele uma unidade, em que um reflete um pouco do outro. Segundo Pol (1996), haveria duas componentes básicas no processo de apropriação do espaço: a ação-transformação e a identificação. A primeira diz respeito não à demarcação do território, mas a uma ocupação territorial mais complexa, onde há ação concreta das pessoas sobre o entorno, de acordo com a vontade e a intencionalidade do indivíduo. Já no processo de identificação (simbólico), o espaço se torna lugar pela identificação do sujeito ou grupo social com o entorno (Pol, 1996), sendo um processo mais elaborado que o de ação-transformação, embora ambos atuem de maneira cíclica e processual.

Quando a relação entre as pessoas e o espaço é compreendida há uma possibilidade de alterar adequadamente e fazer com que se torne um lugar prazeroso, como se fosse uma extensão do lar. Observamos através da Psicologia Ambiental o quanto é importante cada detalhe em um determinado espaço, coisas que muitas vezes passavam despercebidas. Hoje sabe-se que tudo pode ser projetado para que haja uma interação homem e ambiente. Este trabalho tem como objetivo analisar a percepção de um funcionário sobre o ambiente da hemodiálise. A percepção pode ser definida como o processo cognitivo, por meio do qual as pessoas organizam e interpretam suas impressões sensoriais (SOBRAL; PECI, 2008).

Foram considerados também os postulados da Psicologia Ambiental, bem como conceitos considerados importantes dentro das disciplinas de Psicologia Social, Processos Psicológicos e Psicologia do Desenvolvimento. Segundo Sternberg (2000, p. 110) a percepção pode ser entendida como "um conjunto de processos pelos quais reconhecemos, organizamos e entendemos as sensações recebidas dos estímulos ambientais. A percepção abrange muitos fenômenos psicológicos". O autor apresenta duas teorias principais da percepção: percepção construtiva e percepção direta. Na primeira teoria o indivíduo é quem percebe e cria a percepção de um estímulo, usando as informações sensoriais para fundamentar a estrutura e acrescentar outras fontes de informação, tratando-se de uma percepção racional.

A Hemodiálise é um procedimento artificial de filtração sanguínea, que emprega como método-base, a diálise. Trata-se de uma opção de tratamento para pacientes portadores de insuficiência renal aguda ou crônica, substituindo a função dos rins. São conhecidos também, como métodos de tratamento o transplante renal e a diálise peritoneal. Através da diálise são retiradas da corrente sanguínea todas as substâncias tóxicas e prejudiciais ao organismo, que encontram-se em excesso, como por exemplo: a ureia, a creatinina, o sódio, o potássio, a água, entre outros, resultantes da insuficiência renal crônica.



O trabalho da hemodiálise é semelhante ao do rim humano, porém este órgão trabalha 24 horas por dia, enquanto que os pacientes de hemodiálise, submetem-se à um período de tempo determinado, geralmente três vezes por semana, por quatro horas, completando 12 horas. No entanto, a quantidade de sessões necessárias à cada paciente será indicada pelo seu médico, de acordo com o estado físico, sua alimentação, peso, altura, criança ou adulto, gestante, etc. Na verdade, o objetivo é que o paciente sintam-se bem, levando uma vida o mais saudável possível, com os níveis de metabólitos controlados, livre de inchaços, febre, com sua pressão controlada, etc.

Para o processo em si, utiliza-se um equipamento, o qual denomina-se dialisador que possui um conjunto de pequenos tubos chamados de "linhas". Através deste aparelho, parte do sangue do paciente é retirado, passando através da linha arterial do dialisador, onde então acontece a filtração sanguínea, e o retorno ao organismo do paciente pela linha venosa. Faz-se necessário um rígido controle quanto à qualidade da água empregada em todo o processo, estando sempre devidamente límpida, não havendo assim contaminação com bactérias ou outros compostos inorgânicos que poderiam causar danos metabólicos.

Atualmente, porém, verifica-se um grande avanço em termos de segurança e eficácia das máquinas de diálise, inclusive com dispositivos sonoros, indicando qualquer alteração que possa ocorrer no sistema, como alteração de temperatura, fluxo sanguíneo, detectores de bolhas, etc., trazendo conseqüentemente maior tranquilidade ao paciente nestes aspectos. Como se dá o acesso vascular? É realizado através de um tubo (cateter), posicionado em uma veia de grosso calibre, permitindo assim a retirada e a devolução do sangue ao organismo. O tipo de acesso vascular mais utilizado é a fistula, o qual consiste em uma ligação entre uma artéria e uma veia através de uma cirurgia.

Alguns cuidados deverão ser mantidos para uma boa permanência e manutenção da fistula, dos quais o paciente será orientado pela equipe multidisciplinar que o atenderá. Alguns medicamentos também poderão ser usados na hemodiálise, assim como: ferro, vitaminas, carbonato de cálcio, eritropoietina, etc. Todos, porém deverão ser utilizados apenas através de prescrição e orientação médica. Em um primeiro momento faz-se a caracterização da instituição afim de conhecer a cultura da instituição, pois é sabido como salienta Robbins (2015) a cultura é este sistema de crenças e valores que os membros compartilham e que são diretrizes para o pensar das ações.

O estudo de caso, foi eleito em relação a esta instituição enquanto técnica de análise, focando-se no ambiente, em detrimento dos postulados sobre ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Assim sendo, posteriormente será feita a fundamentação teórica elegendo-se a

fase da vida denominada adulto e terceira idade. Percebe-se que há muitos grupos de pacientes atendidos na hemodiálise representativos de cada fase da vida, adulto, adolescente, meia idade e idosos. Entretanto, foi eleito o grupo de adultos como público a ser analisado neste trabalho. Enquanto proposta inicial, propõe-se a ser um diferencial em relação a análise mais detalhada sobre o ambiente a aspectos deste enquanto influência sobre o indivíduo que busca atendimento neste espaço.

### **CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO/AMBIENTE**

A estrutura física da Clínica é bem atrativa, e pode-se hipotetizar que seja em detrimento do tratamento ser bem desgastante para o sujeito atendido. A este ambiente atraente dá-se o nome de valência, que no contexto da teoria de Kurt Lewin, refere-se ao “valor subjetivo de um evento, objeto, pessoa ou outro elemento no espaço de vida de um indivíduo. Uma entidade que atrai a atenção de um indivíduo tem valência positiva uma que repele, tem valência negativa” (VANDERBOS, 2007:974). Lewin (1933, 1953, 1975).

Sendo o meio ambiente uma soma entre o homem e o ambiente, há aqui uma importância dessa interação em todos os contextos, desde a moradia, local de trabalho, escola, rua, natureza, etc. O ambiente natural e o construído influencia no comportamento dos indivíduos, sendo assim esses contextos devem ser algo único, sabendo que o ser age sobre o meio da mesma forma que atua sobre os indivíduos. A forma como o indivíduo reage as condições do ambiente, indica também que os espaços físicos influenciam na maneira de atuar das pessoas, pois há uma interação, a depender do local.

Entender conceitos como: espaço pessoal, dimensão temporal ou projeção no futuro e referência ao passado, à história; poder também ver como o indivíduo se comporta no ambiente em que vive com o surgimento de doenças, enfim, perceber que o psicólogo pode atuar em vários campos e de forma multidisciplinar, no sentido em que os problemas ambientais são tão complexos que costumam exigir uma abordagem a partir de diferentes visões, necessitando uma colaboração interdisciplinar (WIESENFELD, 2005).

### **HISTÓRIA DA INSTITUIÇÃO**

A clínica de atendimento para hemodiálise, localizada no município de Irecê, foi construída e pensada para humanizar os atendimentos e cuidar melhor de quem precisa de procedimentos de hemodiálise e tratamentos que permitem remover as toxinas e o excesso de água do organismo. Com uma estrutura moderna capaz de atender e proporcionar uma melhor qualidade de vida para quem mais precisa, construiu uma das melhores estruturas do estado,

com uma equipe altamente qualificada com mais de 40 profissionais entre médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e técnicos profissionais comprometidos em cuidar bem dos pacientes. Tem laboratórios e os equipamentos mais modernos do mercado com tecnologias específicas para ajudar de quem sofre de doenças renais e precisa dos melhores cuidados. Pensando em como cuidar melhor de cada um, tem como objetivo proporcionar mais conforto nos tratamentos, mais atenção e respeito aos pacientes nestes momentos. (<https://www.facebook.com/hemodialisedeirece>)

### FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

O homem está a todo tempo em constante interação com o ambiente que o cerca, seja ele organizacional, ambiental, educacional, social, urbano, e por esta razão a psicologia ambiental tem grande relevância, para tentar entender essa interação entre homem e ambiente e seu comportamento. Moser (1988) diz que a "Psicologia Ambiental estuda a pessoa em seu contexto, tendo como tema central as "inter-relações" – e não somente as relações – entre a pessoa e o meio ambiente físico e social". Sob esta ótica a Psicologia Ambiental busca analisar com as condições ambientais afetam as capacidades cognitivas, mobilizando e incentivando os comportamentos sociais, que causam impacto à saúde mental dos indivíduos, além de contribuir para análise das percepções e interpretações das pessoas sobre o meio ambiente.

A Psicologia Ambiental segundo Fisher, Bell & Baum (1984), ressaltam seis aspectos como característicos da Psicologia Ambiental: Gestalt, que diz respeito a sua abordagem 'holística', em que o efeito do ambiente no organismo não é analisado isolado do seu contexto, nem de maneira unidirecional; Inter-relação, diz respeito às inter-relações e a reciprocidade desses processos em que tanto o ambiente influencia o comportamento quanto o comportamento influencia o ambiente; Psicologia Social, em que muitos profissionais são treinados como psicólogos sociais, em partes este fenômeno deve-se ao fato de que uma série de temas da psicologia ambiental, tais como espaço pessoal, superpopulação, bem como procedimentos metodológicos é da psicologia social; Interdisciplinaridade, por ser um assunto tão vasto, a psicologia ambiental estabelece relação com diversos outros assuntos, trabalhando com outros profissionais que por sua vez estudam o 'mundo real' através de suas perspectivas e respectivos pontos de vista; Multi-metodológico fazendo uso não de uma metodologia única, mas incorporando várias outras metodologias, advindas das inter-relações e interdisciplinaridades, não se prendendo apenas ao laboratório; Pesquisa-ação, sendo segundo



os autores o último elemento que caracteriza a psicologia ambiental e que diz respeito ao seu posicionamento a respeito do suposto conflito entre pesquisa básica e pesquisa aplicada.

Mas, há autores que ressaltam a particularidade estabelecida pelo processo da Psicologia ambiental, em que segundo Proshansky, Ittelson, e Rivlin (1970), "a psicologia ambiental se diferencia das demais ciências devido à priorização de uma análise da interação ativa entre o indivíduo e o ambiente, não se limitando ao estudo do estímulo e respostas (R-S)". Para estes autores a psicologia ambiental se norteia por quatro aspectos que dão razão à existência da psicologia ambiental, são elas: a psicologia ambiental estuda o ambiente ordenado e definido pelo indivíduo; seus problemas científicos estão relacionados com problemas sociais emergentes; a psicologia ambiental é de natureza multidisciplinar; e por fim ela estuda o indivíduo como parte integrada de toda situação problemática.

No que tange a percepção ambiental, segundo Ittelson (1978) esta está relacionada ao modo como as pessoas experienciam os aspectos ambientais presentes em seu entorno, para o que são importantes, não apenas os aspectos físicos, mas também os aspectos sociais, culturais e históricos, que é possível graças à sua função de interpretação e de construção de significados, em que a percepção ambiental nos processos de apropriação e de identificação dos espaços e ambientes exerce. Segundo Hochberg (1973), a percepção não se expressa apenas como um termo, mas como um tema secular para sinalizar e explicar as observações do mundo que nos rodeia. O autor enfatiza que o foco de estudo de percepção teve seu início voltado para a compreensão dos fenômenos físicos e biológicos como forma de explicação do mundo e de seus elementos constituintes. Essa visão foi sendo superada com a adoção dos fundamentos da Gestalt e da Fenomenologia, destacando-se nesta última as críticas de Merleau-Ponty (MARIN, 2006).

## **O COMPORTAMENTO HUMANO X PSICOLOGIA AMBIENTAL**

A Psicologia Ambiental, ao estudar a relação recíproca entre o comportamento humano e o espaço, segundo Günther (2009), precisa responder a duas perguntas: Como é que o comportamento impacta o ambiente? Como é que o ambiente impacta o comportamento? E para tanto é preciso compreender esse processo de reciprocidade e até que ponto estas relações podem ser analisadas de maneira independente. Entre as diferentes abordagens que tratam do ambiente como estímulo, duas merecem destaque: valência e affordance.

Na teoria de campo de Kurt Lewin (1977), a valência refere-se ao "valor subjetivo de um evento, objeto, pessoa ou outro elemento no espaço de vida de um indivíduo. Uma entidade que atrai a atenção do indivíduo tem valência positiva, uma que repele, tem valência

negativa". Desse modo a interação do indivíduo com o ambiente ocorre por meio de forças que influenciam o comportamento. *Affordance* no contexto ecológico da percepção de James J. Gibson, este termo pode ser entendido como "a qualidade de um estímulo ou objeto que define sua utilidade para um organismo". Trata-se de um termo criado pelo autor, que se refere ao que o ambiente oferece para o bem ou para o mal, em que ao inventar este termo o autor quis fazer uma menção a algo que se refere ao homem e ao ambiente no sentido que um complementa o outro. Uma *affordance*, porém, não muda na medida em que as necessidades de seu observador mudam, sendo esta invariável e sempre estará ali para ser observada.

Os trabalhos de Lewin em 1930 influenciaram fortemente o uso da abordagem ecológica na psicologia, que se reflete nos trabalhos de Gibson, e outros autores do gênero. Lewin afirmava a dependência mútua entre pessoa e seu ambiente, já Gibson, considera o ambiente como um campo de oportunidades, um conjunto de recursos (arranjos físicos, grupais, etc.), de possibilidades de ação ou de comportamentos que a pessoa está livre para adotar ou não. A Psicologia Ambiental leva em consideração três elementos que formam sua base de estudos, os comportamentos e experiências dos indivíduos; o espaço (ou cenário) físico; e a relação recíproca entre esses comportamentos e este espaço.

Percorrendo a literatura sobre o tema encontramos vários termos e adjetivações para a Psicologia ambiental, em que vários autores trazem uma abordagem, como é o caso de Gifford (1997), que usa a transação na sua definição da área; ou a perspectiva transacional de Altman (1998); ou ainda sob as análises de Bell, Greene, Fisher e Baum (2001), que falam da relação molar entre comportamento e experiência e o ambiente construído e natural. Sendo um termo bastante abrangente quando se trata em seu estudo e abordagens, porém todas estas abordagens trazem em seu bojo o caráter de interdisciplinaridade, pois recebe contribuições de outras disciplinas, tais como: psicologia, geografia humanística, sociologia, antropologia, planejamento e arquitetura. Esta ciência parte do pressuposto de que o homem não possui apenas uma existência social, ele possui acima de tudo uma existência física. Onde quer que ele esteja o homem ocupa um espaço e este deve ter condições básicas para sua permanência ali.

## RESULTADOS

### Em relação ao perfil do sujeito atendido

Os pacientes atendidos na clínica de hemodiálise são, em sua maioria, adultos. Quando em Psicologia evolutiva se diz que a idade é uma variável vazia, está se destacando um fato sobre o qual existe um acordo generalizado: a idade por si mesma, não explica nada, e a

passagem do tempo, por si só, não fornece elementos que possam nos ajudar a compreender os processos de desenvolvimento psicológico. Lógico que existem algumas mudanças que são mais características em umas idades do que em outras, mas isso não significa que seja a idade que a produz, por si mesma, as mudanças, em que a idade possui um valor descritivo referencial incontestável, mas existe muitas variáveis dentro desse desenvolvimento que devem ser levados em conta. É normal fazermos uma fragmentação da idade adulta e da velhice em agrupamentos de idades que nos permitem falar de idade inicial adulta (tipicamente dos 25 aos 40 anos), idade adulta média (tipicamente dos 40 aos 65 anos), idade adulta tardia ou velhice precoce (tipicamente dos 65 aos 75 anos) e de velhice tardia (tipicamente após os 75 anos). Porém o valor dessa fragmentação é muito relativo, pois existem diferentes idades dentro desse processo de desenvolvimento como anteriormente mencionado e que utilizaremos a diferenciação proposta por Birren e Renner (1977), para demonstrar essa relatividade.

#### **Em relação ao ambiente**

Como verificou-se ao longo do estudo, o ambiente é um local propício para a realização dos procedimentos da hemodiálise, sendo bem arquitetado e planejado. Está devidamente de acordo com o que se espera de um ambiente onde estarão fazendo uso, pacientes em condição de saúde debilitada, que requer um espaço acolhedor e apropriado para manter o máximo possível as suas condições psicológicas em estado saudável. Um detalhe interessante é a cor. Segundo a psicologia das cores, o azul, remete-nos a ideia de tranquilidade, de paz, necessários para indivíduos submetidos a este procedimento.

O branco e o bege, que são predominantes, trazem a sensação de purificação, humildade, limpeza, que deve estar de acordo com a realidade do ambiente, bem como reverência, paz, simplicidade, renúncia e união, que são sentimentos importantes no processo de adaptação e apropriação do espaço pelos pacientes, segundo Oliveira (2015). De acordo com a percepção da entrevistada, torna-se necessário adaptar-se às novidades apresentadas pela nova rotina, a partir do diagnóstico da doença renal crônica. As alterações da rotina, as mudanças na vida social e pessoal levam o paciente a desenvolver recursos emocionais para adaptações à nova realidade, que ocorrerão de formas variadas, de acordo com a personalidade, subjetividade e história de vida de cada indivíduo.

A introdução da hemodiálise na vida de um paciente adulto exige dele acomodações às novas circunstâncias que o envolvem. Será necessário enfrentar possíveis dificuldades de maneira positiva e construtiva, pois o novo contexto pode ser entendido como ameaçador,

sendo por isso importante considerar as condições ambientais e sociais apresentadas a esses pacientes. Cada paciente tem a sua forma de percepção da doença e por isso cada um desenvolve um mecanismo emocional para se defender das possibilidades de traumas existentes ou, ao contrário disso, entrega-se à doença desenvolvendo traumas, vergonha, e a sensação de estar definhando, abreviando assim, as suas condições de sobrevivência. Essas reações negativas devem ser trabalhadas para que o paciente tenha uma adaptação que o permita entender o tratamento como a chance de ressignificar as novas circunstâncias de sua vida e levá-lo a amadurecer emocionalmente.

Diante do que foi levantado e analisado neste diagnóstico, o psicólogo pode pensar em ações que visam auxiliar a equipe e atendidos numa busca pela qualidade de vida no trabalho e no processo de tratamento.

### **POSSIBILIDADES DE AÇÕES INTERVENTIVAS**

A doença renal crônica afeta indivíduos de diferentes faixas etárias e são muitas as causas da perda da função renal, entre elas diabetes e hipertensão, doenças congênitas, ou ainda as doenças hereditárias. Quando a função renal atinge menos que 10%, se encontra no estágio terminal da função renal e são necessários tratamentos dialítico e/ou transplante (Barros, 2004).

Os tratamentos dialíticos estão disponíveis em diferentes modalidades: diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), diálise peritoneal automatizada (DPA), diálise peritoneal intermitente (DPI) ou hemodiálise (HD) (Martins & Cesarino, 2005). Com base na assistência psicológica aos pacientes que realizam tratamento hemodialítico na Clínica de Hemodiálise da região de Irecê, observa-se que eles vivenciam diversas limitações em sua rotina e inúmeras mudanças na vida como perda do emprego, alteração na imagem corporal, além das dificuldades com restrição alimentar e de ingestão de líquidos. Considerando este panorama, o paciente disponibiliza e apresenta seus recursos emocionais de forma variada, principalmente na descoberta da IR e no início do tratamento hemodialítico.

Pode-se dizer que cada ser humano está intimamente relacionado com a sua doença, e desta forma acaba vendo-a como uma ameaça, uma realidade a ser vivida para si, como um sofrimento. A doença acaba adquirindo necessariamente um sentido dentro da história da pessoa. (Jeammmet, Reynaud, e Consoli, 2000). Desta forma, para Resende, Santos, Souza & Marques (2007), o indivíduo com insuficiência renal (IR) vivencia uma brusca mudança em seu viver. Ele passa a conviver com limitações, com um pensar na morte e com tratamentos dolorosos. O tratamento dialítico é responsável por um cotidiano restrito onde suas atividades

são limitadas após o início do mesmo e favorecem o sedentarismo e a deficiência funcional, além de outros fatores que refletem na vida diária do paciente.

Segundo Almeida (2003), é possível encontrar uma relação entre o perfil psicológico do paciente e o tratamento ao qual é submetido. Pacientes que são mais ativos frente a obstáculos, que buscam ativamente informarem-se sobre eles e superá-los podem se beneficiar mais de um tratamento que exija uma participação mais ativa, como a diálise peritoneal intermitente (DP). Por outro lado, pacientes mais passivos, que evitam enfrentar diretamente as dificuldades e delegam essa responsabilidade podem se adequar melhor ao tratamento hemodialítico. Conforme Castro (2005), o psicólogo como profissional da saúde tem um papel essencial junto às pessoas doentes para ajudar a melhorar seu bem-estar e sua qualidade de vida. Almeida (2003) complementa dizendo que a saúde mental se constitui em um elemento crucial para o sucesso do processo de tratamento do paciente nefropata.

Assim, a função do psicólogo dentro de uma unidade de hemodiálise abrange vários níveis, como a relação entre paciente e unidade de diálise, a relação entre equipe e paciente, a relação entre pacientes, seu tratamento e doença, relação entre paciente, família e equipe, etc. Para um trabalho eficaz é necessária uma interação destes vários níveis. Assim, o psicólogo que atua dentro de uma unidade de hemodiálise, atendendo pacientes com insuficiência renal crônica (IRC), contribui com seu conhecimento específico e auxilia os pacientes com questões emocionais presentes na descoberta da doença e tratamento, além de propiciar aos demais profissionais uma atuação mais condizente com a proposta de atendimento ao paciente nefropata, que é possibilitar uma melhora na sua qualidade de vida. (Zaborowski & Herzog, 1989).

Alguns pacientes encontram recursos para lidar com as mudanças decorrentes do adoecimento como a religião ou como a socialização que o ambiente hemodialítico propicia. O psicólogo se insere nesta realidade visando a trabalhar os conteúdos emocionais relacionados à insuficiência renal crônica (IRC), possibilitando uma busca de soluções para as mudanças advindas com a doença, melhorando a compreensão desta e a adesão ao tratamento, além de contribuir para uma melhor capacidade de enfrentamento desta realidade. Um aspecto fundamental para uma assistência eficaz ao paciente em hemodiálise é a inserção do psicólogo em uma equipe multidisciplinar.

A troca de informações entre os membros da equipe multiprofissional, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos, é essencial para o sucesso do tratamento e melhoria na qualidade de vida do paciente que está em hemodiálise. É através desta troca que se desenvolverá uma atenção a este paciente em sua globalidade e

conseqüentemente um resultado positivo para a equipe e o paciente. Possibilitar o acompanhamento psicológico na descoberta da doença e indicação do tratamento é também possibilitar aos pacientes em hemodiálise a oportunidade de ressignificar vários aspectos de suas vidas. O sofrimento trazido pelo adoecimento pode ser o início de um amadurecimento emocional que alterará questões existenciais no paciente e ao psicólogo se atribui o papel de construir ativamente junto com o paciente esta nova realidade.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo verificar como os pacientes vivenciam a apropriação de espaço na clínica de hemodiálise no município de Irecê, no estado da Bahia, procurando observar possíveis fenômenos à luz da Psicologia Ambiental, Processos Básicos em Psicologia e Psicologia Social (Percepção). A apropriação de espaço foi analisada com base nos comportamentos e aspectos cognitivos, afetivos e de identidade envolvidos no processo de construção do significado do espaço.

A apropriação de espaço (POL, 2002) é um fenômeno estudado pela Psicologia Ambiental e, neste trabalho, concebeu-se que a investigação do significado dos ambientes hospitalares pode levar à conscientização sobre a interação das pessoas com os ambientes em que vivem e os efeitos desta interação nas pessoas. Este estilo de apropriação de espaço deve ser interpretado e utilizado como indicador de aspectos a considerar no planejamento da clínica para melhoria da qualidade na internação e não como tipologias.

Este trabalho é um estudo descritivo e exploratório, portanto optou-se por uma investigação qualitativa na referida instituição, com caráter diagnóstico. Na primeira visita foi feita o conhecimento do espaço juntamente com um funcionário que concordou em participar da análise dos impactos do ambiente para os funcionários e clientes desta instituição. Foi possível ainda observar o ambiente de forma geral, bem como a sala de hemodiálise em que os sujeitos estavam em terapia, momento concomitante em que a estrutura física estava sendo apresentada. Em um outro momento, foi realizada uma entrevista a partir de um questionário (anexo A). A observação no ambiente hospitalar é de fundamental importância e necessária, porque permite ver a rotina de pacientes, os atendimentos, limitações, etc. Perceber o quanto o profissional pode contribuir junto a equipe multi para minimizar os sofrimentos das pessoas que são usuárias da clínica.

Quando o paciente perde sua autonomia e independência, o psicólogo pode ir de encontro aos sentimentos e valorizar aspectos qualitativos que estão presentes na vida desses pacientes. Compreende significados da vida e por meio do processo do cuidado inclui a

capacidade de compreender o ser humano, como ele está em seu mundo, como desenvolve sua identidade e constrói sua própria história de vida (MOTA, MARTINS, VÉRAS, 2006). A experiência de observação realizada mostra a necessidade de oferecer atenção aos doentes renais crônicos, bem como seus cuidadores.

A experiência foi bastante proveitosa, pois ofereceu oportunidade de aprendizado e serviu como forma de buscar alternativas em projetos que possam assistir a todos os envolvidos nesse processo. Percebe-se que em situações em que há uma alta predisposição ao sofrimento emocional e/ou físico, a estrutura acolhedora e apropriada minimiza os impactos para o atendido, assim sendo, verificou-se que o estudo e compreensão sobre os impactos do ambiente na percepção de funcionários e clientes constituem-se como ferramentas importantes para a formação e atuação em psicologia nas diferentes instituições. Assim sendo, este estudo não se encerra aqui, mas muitas outras indagações foram levantadas: pensar em ações que beneficie principalmente os atendidos.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A.M. (2003). Revisão: **A importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica**. *Jornal Brasileiro Nefrologia*, 25(4), 209-214.
- Barros, T.M. (2004). **Doença Renal Crônica: do doente e da dimensão familiar**. In J. Mello Filho & M. Burd (Org.). *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bomfim, Z.A.C. (2003). **Cidade e afetividade: estima e construção dos mapas afetivos de Barcelona e de São Paulo**. Tese de Doutorado não-publicada, Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP.
- Castro, E.K. (2005). **O paciente renal crônico e o transplante de órgãos no Brasil: aspectos psicossociais**. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicopatologia Hospitalar (SBPH)*, 8 (1), 1-14. Acesso em 07 de Janeiro de 2009: Jeammmet, P., Reynaud, M. & Consoli, S. (2000). *Psicologia Médica*. São Paulo: Editora Medsi.
- OLIVEIRA, Edson, **Psicologia das Cores No Marketing e Nas Vendas**, Coach Especialista em Persuasão Aplicada, 2015.
- LEWIN, Kurt. **O que é Psicologia Ambiental**, Porto: Porto Editora, 2003-2017. [consult. 2017-05-10 19:17:17]. Disponível na Internet: [https://www.infopedia.pt/\\$psicologia-ambiental,2](https://www.infopedia.pt/$psicologia-ambiental,2).
- Martins, M.R.I. & Cesarino, C. B. (2005). **Qualidade de Vida de Pessoas com Doença Renal Crônica em Tratamento Hemodialítico**. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 13 (5), 670-676.
- MOTA, R. A.; MARTINS, C., G., M.; VÉRAS, R., M. **Papel dos profissionais de saúde em políticas de humanização hospitalar**. Maringá, 2006.

POL, Enric. La apropiación de espacio. In: INIGUEZ, Lupicínio; POL, Enric. (Orgs). *Cognición, representación y apropiación de espacio*. Barcelona: Universitat Barcelona Publicacions, 1996. p.45-60.

Psicologia ambiental in Artigos de apoio Infopédia [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2017. [consult. 2017-05-02 16:58:56]. Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/psicologia-ambiental>.

Resende, M.C., Santos, F.A., Souza M.M. & Marques, T.P. (2007). **Atendimento Psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico**. *Psicologia Clínica*, 19 (2). 87 – 99.

SOBRAL, F; Peci, A. **Administração, teoria e prática no contexto brasileiro**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2008.

WIESENFELD, E. **A psicologia ambiental e as diversas realidades humanas**. *Psicologia USP*, 2005, 16(1/2), 53-69. Instituto de Psicologia -Universidade Central de Venezuela. Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em 20 de setembro/2010.

Zaborowski, D.& Herzog, R. (1989). **O papel do psicólogo numa unidade de diálise**. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 11 (1), 29 - 32.

## ANEXO A: QUESTÕES DE ANÁLISE

### QUESTÕES DE ANÁLISE (Ambiental)

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Cargo que Ocupa: \_\_\_\_\_

1. Em relação ao espaço desta instituição, de maneira geral, quais são, em sua opinião, os pontos favoráveis?
2. Você acha que a instituição oferece o conforto suficiente para os pacientes? Justifique.
3. Qual é o espaço que você mais se identifica dentro desta instituição?
4. Na sua percepção, existe uma identificação dos pacientes com algum espaço da instituição, que ele considere como parte da sua casa?
5. Como você define a relação entre funcionários e pacientes?
6. Como você define a relação entre a equipe?

## QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA - HEMODIÁLISE

Guilherme Mota da Silva<sup>1</sup>; Herifrania Tourinho Aragão<sup>2</sup>; Laécia da Rocha Chaves<sup>3</sup>; Marília Santana dos Santos Barbosa<sup>4</sup>

1. Mestrando do Programa de Pós-Graduação Saúde e Ambiente-UNIT, Enfermeiro, Brasil.

2. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Saúde e Ambiente-UNIT. Pós-Graduada em Neo e Pediatria, Estácio de Sá- SE, Brasil.

3. Enfermeira – Faculdade Estácio de Sergipe - FASE. Pós em Neo e Pediatria na Faculdade Estácio de Sá Sergipe, Brasil.

4. Enfermeira – Faculdade Estácio de Sá. Pós em Saúde da Família na Faculdade Estácio de Sá Sergipe, Brasil

### RESUMO

A insuficiência renal crônica (IRC) é uma doença que acomete grande parte da parcela da população, provoca graves consequências na vida do paciente, inclusive quando este precisa ser submetido ao tratamento, que, por sua vez, também compromete as dimensões física, psíquica e social, as quais podem influenciar diretamente na qualidade de vida. Com o intuito de avaliar a qualidade de vida auto referida do portador de Insuficiência Renal Crônica (IRC) em Hemodiálise (HD), realizou-se um estudo observacional, de cunho descritivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados no período de abril e março de 2015, onde os instrumentos de pesquisa foram: Caracterização dos Sujeitos e um questionário validado (SF-36) referente a qualidade de vida. A amostra de conveniência compôs-se de 31 pacientes com IRC submetidos à HD. Analisando os domínios do questionário, o maior escore diz respeito ao domínio dor (82,84) e o menor, ao domínio limitações por aspectos emocionais (27,96). Assim, a qualidade de vida desta população está comprometida, com variações de acordo com o domínio analisado. Pesquisas voltadas à avaliação de qualidade de vida são relevantes e instrumentalizam a prática diária do cuidado.

**Palavras chave:** Enfermagem; Hemodiálise; Qualidade de vida; Tratamento; Renais crônica

### INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica (IRC) é uma doença que acomete grande parte da parcela da população, provoca graves consequências na vida do paciente, inclusive quando este precisa ser submetido ao tratamento, que, por sua vez, também compromete as dimensões física, psíquica e social, as quais podem influenciar diretamente na qualidade de vida (QV) (GRASSELLI et al., 2012).

O aumento da incidência das doenças crônicas entre a população é um fato conhecido e tem suscitado muitas discussões sobre a questão. O cuidado à saúde das pessoas acometidas a essas doenças tem sido um grande problema na área da saúde, abrangendo várias dimensões e representando um desafio a ser enfrentado no dia-a-dia, tanto por aqueles que vivenciam a situação, quanto para os cuidadores (SILVA et al., 2007; GRASSELLI et al., 2012; RIBEIRO et al., 2007).

A expressão Insuficiência Renal Crônica (IRC) refere-se a um diagnóstico sindrômico de perda progressiva e geralmente irreversível da função renal de depuração, ou seja, da filtração glomerular. É uma síndrome clínica causada pela perda progressiva e irreversível das funções renais. Caracteriza-se pela deterioração das funções bioquímicas e fisiológicas de todos os sistemas do organismo (RIBEIRO et al., 2007).

Como opções de tratamento para IRC têm-se o transplante renal e os processos dialíticos, dentre eles a hemodiálise, a diálise peritoneal intermitente (DPI), a diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) e a diálise peritoneal automática (DPA). Todas têm por objetivo manter a homeostase do organismo e proporcionar uma melhor qualidade de vida ao indivíduo (REIS; GUIRANDELLO; CAMPOS, 2008).

A hemodiálise é o método mais utilizado nas últimas décadas pelos clientes renais crônicos. É uma terapia complexa, na qual, a adequação de materiais, de equipamento, preparo e a competência técnico-científico dos profissionais que dele participam são muitos importantes para evitar riscos e garantir melhores resultados na manutenção da vida do paciente e de seu relativo bem-estar (SILVA et al., 2011).

A qualidade de vida desses clientes pode ser alterada pela severidade dos sintomas da doença e por intercorrências clínica ou complicações paralelas, quantidade de medicação exigida para aliviar os sintomas e alterações da vida social, devido a restrições sofridas na vida cotidiana impostas pela condição crônica. Além disso, ainda se estabelece uma relação de dependência a uma máquina, a uma equipe especializada e à obrigatoriedade de aceitar e assumir um esquema terapêutico rigoroso para manutenção de sua vida (TERRA, 2007).

A importância de estudar esta temática deve-se à necessidade de melhor compreender as mudanças na qualidade de vida da pessoa em terapia hemodialítica na obtenção da aderência ao tratamento. Por essa razão esse trabalho tem como objetivo conhecer as mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos ao tratamento de hemodiálise, e as formas pelas quais os pacientes lidam com as mesmas no seu cotidiano, bem como caracterizar os pacientes considerando variáveis sociais e clínicas, identificando as interferências da HD no cotidiano dos pacientes renais crônicos nos aspectos físicos, sociais e emocionais e avaliar a qualidade de vida dos sujeitos submetidos ao tratamento de hemodiálise.

## MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa que descreve as características ou fenômenos de determinada população, centrado na objetividade compreende

a realidade por meio da análise de variáveis quantificáveis recolhidas com auxílio de instrumentos padronizados (GIL, 2008).

A pesquisa foi realizada em uma clínica privada na cidade de Aracaju - Sergipe atende convênios particulares e SUS, possui especialidades médicas na área dermatológica, medicina hiperbárica, bem como nas do sistema renal, tais como litotripsia e hemodiálise, além de análises clínicas em geral. O período de realização da pesquisa foi no primeiro semestre de 2015.

As entrevistas foram feitas com 31 pacientes durante a hemodiálise de forma individual, onde estes são submetidos à hemodiálise semanalmente, nos dias: segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira no turno da tarde, sendo utilizada a regra de barbeta, onde a população era composta de 240 pacientes. Como critérios de inclusão foram considerados: maiores de 18 anos; pacientes com capacidade de responder o questionário e pacientes com parâmetros hemodinâmicos estáveis, mediante o interesse dos indivíduos a participarem do estudo.

Atendendo aos objetivos da pesquisa para avaliar a qualidade de vida de pacientes renais submetidos à hemodiálise optou-se pela aplicação de um questionário Sócio-Econômico-Demográfico elaborado pelas pesquisadoras com o objetivo de coletar informações complementares dos pacientes (Apêndice-A) e o SF-36 (ANEXO 1) é um instrumento de fácil administração e compreensão onde tem sido utilizado em idosos e em pacientes com doenças crônicas. É formado por 36 questões. A segunda aborda a mudança na saúde e as demais (35) estão divididos nos seguintes domínios: capacidade funcional (10), aspectos físicos (4), dor (2), estado geral de saúde (5), vitalidade (4), aspectos sociais (2), aspectos emocionais (3) e saúde mental (5). (FARIA et al., 2011).

O cálculo do escore foi feito de forma separadamente para cada domínio e onde cada domínio tem sua fórmula específica. Para o cálculo de cada escala, primeiramente é somado o valor obtido nas questões correspondentes. Desta soma subtrai-se o valor de limite inferior, divide-se pela amplitude máxima da pontuação e multiplica-se este resultado por 100.

O valor obtido para cada domínio varia de 0 a 100, sendo 0 o pior estado e 100 o melhor. A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado ao último ano.

Os entrevistados foram consultados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 2) respeitando os princípios éticos dispostos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre aspectos éticos da pesquisa com seres humanos. Este instrumento foi lido para os participantes,

explicando os objetivos da pesquisa e dados das pesquisadoras, também foi garantido o respeito à autonomia e ao anonimato das respostas.

Os dados serão arquivados por cinco anos e ficarão sob custódia das pesquisadoras, podendo aos entrevistados retomar o conteúdo das respostas a qualquer tempo. Também foi elaborado um instrumento (Apêndice - B), solicitando a coordenadora de enfermagem do estabelecimento autorização para realizar a pesquisa com os participantes enquanto estes estiverem sob realização de sessões de hemodiálise.

A coleta foi organizada em um banco de dados e analisados quantitativamente através de estatística descritiva, onde foram ponderadas a média, desvio padrão, moda e mediana. Para tanto foi utilizado o programa Microsoft Office Excel 2010. Este fora usado para objetivar a apresentação das ideias e fornecer meios para interpretação mais fácil dos dados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após aplicação do método proposto, obteve-se o perfil dos pacientes em estudo, onde observou-se que 61% dos pacientes entrevistados são do sexo masculino, com idade variando entre 27 e 78 anos, predominando a faixa etária de 51 – 58 anos. Conforme o censo 2013 da Sociedade Brasileira de Nefrologia, 58% dos portadores de IRC são do sexo masculino, e 62,6% têm idade entre 19 a 64 anos.

Há evidências que dentre as principais causas da IRC, encontra-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) – que em muitos casos leva o paciente a necessitar de terapia renal substitutiva – sendo uma provável justificativa do maior número de pacientes submetidos a HD serem homens, que de acordo com Terra (2007), a HAS apresenta uma prevalência nos homens quase três vezes maior que nas mulheres.

A faixa etária predominante neste estudo foi a de 51 – 58 anos. De acordo com Riela (1996) a filtração glomerular cai entre 0,08 ml por ano a partir dos 40 anos, com isto, aumenta a vulnerabilidade do sistema renal e o paciente perde a capacidade de manter a homeostase renal diante do estresse. No idoso há diminuição importante do fluxo renal, devido ao aumento da resistência intra-renal, perda da capacidade de auto regulação que acarreta ineficiência, tanto no momento da hipertensão, quanto da hipotensão.

Quanto à situação conjugal, verificou-se que a maioria dos sujeitos eram casados (54%). Resultado semelhante, encontrado por Braga et al., (2011). No que diz respeito à crença religiosa, a maioria relataram ser católicos (77%). Este achado vai ao encontro do estudo de Medeiros e Sá (2011) que trouxeram que 84% de seus sujeitos são considerados como católicos. Madeiro et al., (2010) relaciona a saúde as crenças religiosas, afirmando que,

funcionam como mediadoras cognitivas pela interpretação dos eventos adversos de maneira positiva, podendo favorecer a adaptação das pessoas à condição de saúde.

O grupo estudado apresenta grau de escolaridade baixa, 58% cursaram até o ensino fundamental, de acordo com Maldaner et al., (2008), quanto mais baixo o nível de escolaridade, maior é a probabilidade de abandono do tratamento. A baixa escolaridade pode comprometer a aprendizagem, pois a complexidade da terapêutica exige dos doentes habilidades cognitivas, muitas vezes, não alcançadas por ele. Com relação a moradia 70% relataram ser provenientes do interior, sendo 80% da zona urbana e 87% possuem casa própria.

Observamos também que a maior parte não exerce atividade laboral, 90% recebem 1-2 salários mínimos, sendo 70% por pensão por invalidez. Grasselli et al., (2012), fomenta que, o trabalho é a condição básica para a emancipação humana e faz parte da identificação de cada pessoa, portanto, se torna um dos valores mais preciosos do ser humano. Em função da doença e do tratamento, muitas vezes os pacientes precisam parar de trabalhar, o que influencia a QV. Deixar de trabalhar ou diminuir a carga horaria é um fator que se contrapõe ao estilo de vida que o indivíduo tinha antes, e dessa forma causa impacto negativo na qualidade de vida.

O gráfico (1) apresenta a distribuição percentual da população estudada de acordo com o tempo de hemodiálise. Observou-se que 48% dessa população realiza diálise a menos de dois anos. Estando conforme os achados de Martins e Cesarino (2005) em seu estudo que há mediana foi de 23 meses. Podemos fazer a relação do tempo de tratamento da amostra estudada com os bons escores com relação a QV. O tempo de tratamento é importante no agravamento de comorbidades, e estas têm sido apontadas em vários estudos, como sendo determinantes na sobrevida de clientes em tratamento hemodialítico (MADEIRO, 2010).

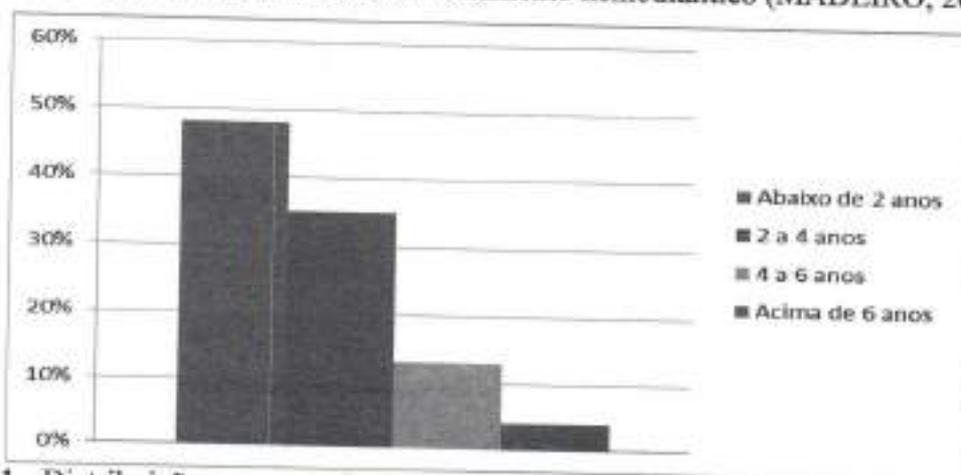


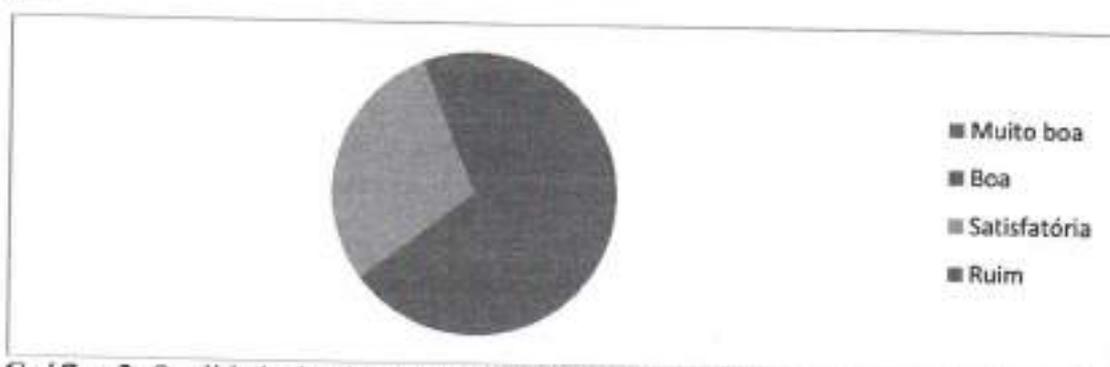
Gráfico 1. Distribuição percentual da população estudada de acordo com o tempo de hemodiálise.

FONTE: Dados da pesquisa. Aracaju-SE, Abril, 2015.

Cabe mencionar que pequena parte da população (8 - 25%) está inserida na lista de espera para a realização do transplante renal, enquanto que (23 - 74%) dos renais crônicos ainda não têm seu nome na lista de espera pelo órgão.

De acordo com, 87% dos pacientes relataram não necessitar de ajuda para atender as suas necessidades básicas, como comer, tomar banho, vestir-se, deslocar-se, entre outros, ou seja, QV nesse quesito não foi afetada. Além disso, na questão social, 74% dos entrevistados informaram que viagens ou ir à atividades sociais foram limitadas, onde a televisão, em 58% dos casos, serve como distração e ocupação do tempo livre, já que a sua rotina foi alterada.

No gráfico 2, mostra a percepção dos pacientes em relação a qualidade de vida após o tratamento hemodialítico, onde apresentou diversas respostas, sendo prevalente com 64% de boa.



**Gráfico 2.** Qualidade de vida após tratamento de hemodiálise, na percepção dos pacientes.  
 FONTE: Dados da pesquisa. Aracaju-SE, Abril, 2015.

De acordo com Araújo (2008) com o surgimento da IRC e após a adesão ao tratamento hemodialítico, diversas mudanças físicas e fisiológicas ocorrem no indivíduo, sendo que as principais citadas pelos pacientes foram: 61% câimbras, hipertensão arterial e perda de peso e 51%.

**Tabela 1:** Distribuição dos valores de cada domínio.

	E.G.S	Cap. Func.	Aspecto Físico	Aspecto Emocional	Aspectos Sociais	Dor	Vitalidade	Saúde Mental
P.1	12	80	50	66,67	100	100	55	100
P.2	42	25	25	33,33	75	100	85	100
P.3	42	20	0	0	75	100	50	40
P.4	30	5	50	0	62,5	31	60	44
P.5	27	70	75	66,67	50	100	60	80
P.6	37	75	0	0	37,5	100	60	44
P.7	32	20	50	33,33	87,5	60	50	72
P.8	47	55	100	100	62,5	10	65	60
P.9	47	95	100	100	100	84	45	76

P.10	52	90	100	100	62,5	61	80	92
P.11	87	90	50	66,67	100	100	75	96
P.12	57	95	50	100	75	100	75	100
P.13	40	55	75	100	100	84	25	72
P.14	45	65	0	0	50	100	75	88
P.15	52	80	100	100	75	100	50	96
P.16	47	75	25	0	100	100	80	64
P.17	77	85	25	0	100	100	75	92
P.18	55	75	0	0	62,5	100	65	56
P.19	60	50	25	0	100	100	70	88
P.20	80	60	25	0	100	72	75	100
P.21	67	70	25	0	100	100	70	100
P.22	52	70	0	0	100	100	75	100
P.23	67	40	0	0	100	40	45	96
P.24	62	30	0	0	50	100	80	76
P.25	62	60	0	0	75	100	70	100
P.26	52	35	0	0	100	40	30	52
P.27	67	70	0	0	100	100	100	100
P.28	40	45	0	0	100	51	50	64
P.29	57	65	0	0	62,5	84	75	96
P.30	62	90	25	0	100	100	70	88
P.31	72	35	25	0	100	51	65	96

P: Pacientes, E.C.G: Estado Geral de Saúde.

FONTE: Elaborado pelo autor.

Tabela 2: Distribuição dos domínios em média, desvio-padrão, moda e mediana, para avaliação da qualidade de vida dos pacientes hemodialíticos.

DOMÍNIO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MODA	MEDIANA
ESTADO GERAL	52,52	16,40	52	52
CAPACIDADE FUNCIONAL	60,48	24,54	70	65
LIMITAÇÕES POR ASPECTOS FÍSICOS	32,26	34,88	0	25
LIMITAÇÕES POR ASPECTOS EMOCIONAIS	27,96	41,36	0	0
ASPECTOS SOCIAIS	82,66	20,33	100	100
DOR	82,84	26,08	100	100
VITALIDADE	64,68	16,12	75	70
SAÚDE MENTAL	81,55	19,59	100	88

FONTE: Elaborado pelo autor.

O domínio estado geral avalia a saúde dos sujeitos estudados. No presente estudo a média do estado geral de saúde foi de 52,52%, de acordo com a tabela 2, semelhante ao

estudo de Magalhães et al., (2013), que foi 52,29%. Estudos corroboram com os dados aqui encontrados e afirmam que o paciente renal crônico apresenta uma saúde bastante fragilizada

O escore da capacidade funcional foi de 60,48%, constatando que os participantes sofrem várias limitações e dificuldades nas atividades básicas diárias, como: subir lances de escadas, pegar peso, varrer casa e andar vários quarteirões, ajoelhar-se ou dobrar-se, vestir-se ou tomar banho. De acordo com a literatura o portador de IRC consegue realizar suas atividades de vida diária, sofrendo uma diminuição da funcionalidade referente às atividades que requerem mais esforço ou que tenha que carregar peso (MARTINS; CERQUEIRA, 2014).

Ainda de acordo com Martins e Cesarino (2014), o tratamento hemodialítico é responsável por um cotidiano monótono e restrito, e as atividades desses indivíduos, são limitadas após o início do tratamento, favorecendo ao sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que refletem na qualidade de vida.

As limitações por aspectos físicos, que se relaciona aos possíveis problemas e diminuição de tempo que pessoa poderia apresentar em relação ao trabalho ou a outras atividades habituais, foi a segunda dimensão mais comprometida que repercutiu negativamente na QV. A baixa média encontrada nessa dimensão (32,26%) pode estar relacionada ao fato de que os pacientes com IRC sofrem um conjunto de alterações em vários sistemas orgânicos, denominado de "síndrome urêmica", o qual compromete a QV e limita as atividades de vida diária nessa população (GRASSELLI et al., 2012).

O emocional de uma pessoa que sofre de IRC e faz sessões de hemodiálise é extremamente abalado, devido às restrições das atividades habituais, no domínio do aspecto emocional encontramos a pontuação mínima da média 27,96%. O impacto do diagnóstico e do tratamento dialítico pode levar o paciente renal crônico a um progressivo e intenso desgaste emocional devido à necessidade de submeter-se a um tratamento longo que delimita a vida em vários aspectos (THOMAS; ALCHIERI, 2005).

A segunda dimensão com a melhor percepção foi aspecto social com 82,66%, aproximado ao trabalho de Lopes et al., (2014), com 88,61%, onde os participantes foram questionados a quantidade de tempo do seu dia-a-dia a saúde física ou problemas emocionais interferiram nas atividades sociais com a família e como também visitar amigos e parentes. É significativa a importância do suporte social para o indivíduo, uma vez que este pode tornar-se um recurso essencial, já que a participação da família e amigos pode favorecer a melhor aceitação dos mesmos em relação a doença e ao tratamento.

O domínio dor avalia a intensidade e a interferência da dor nas atividades de vida diária do indivíduo. A média atingida foi positiva, de 82,84%. Este achado foi próximo ao estudo de Magalhães et al., (2013), 70,71%. Podemos está fazendo a relação do resultado positivo com a caracterização da amostra do estudo, com relação a idade, predominando a faixa etária de 51 – 58 anos. Há registro de correlação negativa entre idade e as dimensões, capacidade funcional, aspectos físicos, dor e vitalidade, ou seja, com o avançar da idade, observasse maior comprometimento nas atividades físicas e funcionais dos pacientes, acometendo consequente, a dor no paciente (CASTRO et al., 2003)

No presente estudo a vitalidade apresentou média 64,68%, sendo maior que as apresentadas noutros estudos de Castro et al., (2003) e Cattai et al., (2007). A maioria dos pacientes relatou ter sensação de cansaço e esgotamento apenas depois da hemodiálise, não considerando estar nessa condição de cansaço a maior parte do tempo, esse aspecto evidenciou-se em pessoas de menor idade, pois os indivíduos acima de 60 anos referiram apresentar maior cansaço, pois apresentam comorbidades associada a doença renal crônica.

Saúde Mental obteve bom escore, de 81,55%, para Santos (2006), a conquista de um melhor nível do aspecto mental de qualidade de vida ao longo do tempo pode dever-se à adaptação psicológica, que ocorre em portadores de doenças crônicas em geral, que utilizam estratégias racionais para o enfrentamento da doença e, finalmente, percebem a vida cotidiana mais valorizada.

O resultado da questão dois do questionário, que não faz parte do cálculo de nenhum domínio, serve apenas para avaliar o quanto o indivíduo classifica sua saúde em geral, melhor ou pior comparado ao último ano. Obtivemos 39% muito melhor, 22% quase a mesma e 39% um pouco pior. Podemos observar que houve uma divisão, onde a metade se sente muito melhor há um ano atrás, a outra metade, um pouco melhor e 22% quase a mesma.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho mostrou uma redução significativa da qualidade de vida dos pacientes renais crônicos submetidos a sessões de hemodiálise, a QV dos pacientes foi afetada negativamente pelas dimensões de estado geral de saúde, aspecto físico, e aspectos emocionais. Podemos afirmar que a QV desses pacientes, está comprometida, assim como a realidade da vida cotidiana que é permeada por alterações físicas que impõem limitações e exige adaptações.

Em contrapartida, os altos escores encontrados para as dimensões de dor, saúde mental e aspectos sociais é extremamente importante para satisfação dos participantes, foram

dimensões que contribuíram positivamente com avaliação da QV. Portanto, essas dimensões indicou uma boa QV na população estudada e, que apesar da doença, e de sua forma de tratamento causar várias limitações no cotidiano, há fatores que motivam e estimulam esses pacientes a enfrentar essa fase de sua vida.

Ao profissional de enfermagem é essencial um olhar ampliado de seus clientes contemplando todos os aspectos das dimensões do questionário SF-36, bem como a caracterização sócio demográfica, para a compreensão das reais necessidades de cuidado desses indivíduos.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, E. S.; PEREIRA, L. L.; ANJOS, M. F. dos. Autonomia do paciente com doença renal crônica em tratamento hemodialítico: a aceitação como fator decisório. *Acta Paul Enfermagem*. 2009; 22 (Especial-Nefrologia): 509-14.
- BRANCO, J. M. A.; LISBOA, M. T. L. Adesão de clientes renais crônicos ao tratamento hemodialítico: estratégias de enfermagem. *Revista Enfermagem. UERJ*, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18(4): 578-83.
- BRAGA S.F.; PEIXOTO, S.V.; GOMES I.C. et al. Fatores associados com qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em hemodiálise. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(6):1127-113
- CASTRO, M.; CAIUBY, A. V. S.; DRAIBE, S. A. et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF- 36. *Revista da Associação Médica Brasileira*. V.49 n. 3, 2003.
- CATTAL, G. B. P. I; ROCHA, F. A.; JUNIOR, N. N. et al. Qualidade de vida em pacientes com insuficiência renal crônica - Sf-36. *Revista Ciências, cuidado e Saúde*. 2007;
- ERBS, G. C.; LUZ, H. A.; DEBONI, L. M. et al. A insuficiência renal crônica: A qualidade de vida e as questões de gênero. *Portal dos Psicólogos*. Outubro, 2011.
- GRASSELLI, C. S. M.; CHAVES, E. C. L.; SIMÃO, T. P. et al. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira Clínica Médica*, São Paulo, 2012 nov-dez; 10(6): 503-507.
- LOPES, J. M.; FUKUSHIMA, R. L. M.; INOUE, K. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. *Acta Paul Enfermagem*. 2014; 27(3): 230-6.
- MADEIRO, A. C.; BONFIM, I. M.; BRAQUEAIS, A. R. et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *Acta Paul Enfermagem*; 23(4):546-51. Abril, 2010.
- MEDEIROS, M.C.; SÁ, M.P. Adesão dos portadores de doença renal crônica ao tratamento conservador. *Rev Rene*. 2011;12(1):65-72.

- MAGALHÃES, A. C. L.; COELHO, G. D.; AZEVEDO, M. A. et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica – da hemodiálise ao transplante renal. **Rev enferm UFPE**, Recife, 7(9):5442-52, set., 2013
- MALDANER, C. R.; BEUTER, M., BRONDANI, C. M. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Revista Gaúcha Enfermagem**, 29(4):647-53. Porto Alegre (RS). Dezembro/ 2008.
- MARTINS, F. C.; CERQUEIRA, C. G.; Avaliação da qualidade de vida dos portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Revista Pindorama IFBA**, Ano 4, Nº 5, Agosto/2013-Março/2014, pp. 101-112
- MARTINS, M. ; R.; I.; CESARINO, C.; B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Ver Latinoam Enferm**. 2005 13(5):670-6
- PEREIRA, L. P.; GUEDES, M. V. C. Hemodiálise: a percepção do portador renal crônico. **Cogitare Enfermagem**; 14(4): 689-95, Out/Dez 2009.
- RAMOS, V. P.; LIRA, A. L. B. C.; FRAZÃO, C. M. F. Q. Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. **Revista de Enfermagem UFRJ**, Rio de Janeiro, 2011 out/dez; 19(4):577-82.
- REIS, C. K.; GUIRARDELLO, E. B.; CAMPOS, Claudinei José Gomes. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, Junho de 2008.
- RIELLA M.C. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 3a.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p.287-455.
- RIBEIRO, R. C. H. M., et al. Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. **Acta Paul Enfermagem**; 21(Número Especial): 207-11; 2008.
- ROSANE, M. K.; RENATA, F. M.; LISIANE, L. et al. Análise do estilo de vida de renais crônicos em hemodiálise. **O MUNDO DA SAÚDE**, São Paulo: 2011; 35(4):415-421.
- SANTOS, G. D.; CASTILHO, M. S.; VISO, B. F. et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise na cidade de Mogi das Cruzes. Instituto de Nefrologia de Mogi das Cruzes. São Paulo, 2014.
- SANTOS, P. R. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.52, n. 5, out. 2006.
- SILVA, A. S.; FERNANDES, G. F. M.; LUNARDI, V. L. et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 64(5): 839-844 set-out, 2011.
- SILVA, G. E.; SOUZA, J. C.; PEREZ, F. et al. Qualidade de vida do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico em dourados – MS. **Psicólogo informação**, ano 15, n. 15, jan./dez. 2011.

Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo 2013-2014 [texto na Internet] São Paulo: SBN. Disponível em: [www.sbn.org.br/noticias.php?id=12](http://www.sbn.org.br/noticias.php?id=12). Acesso em 08/05/2015

TERRA, F. S. Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário. Alfenas- UNIFENAS, 2007.

THOMAS, C. V; ALCHIERI J. C. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à Hemodiálise. Avaliação Psicológica, 4(1), 2005, p. 57-64.

## PERFIL SOCIODEMOGRÁFICOS DAS VÍTIMAS DE ACIDENTES ESCORPIONICOS NO PERÍODO ENTRE 2004 E 2014, EM SERGIPE

Guilherme Mota da Silva<sup>1</sup> Carlos Adriano de Oliveira<sup>2</sup> Herifrania Tourinho Aragão<sup>3</sup> Rubens Riscala Madi<sup>4</sup>; Claudia Moura de Melo<sup>4</sup>; Andressa Sales Coelho<sup>4</sup>

1. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente-UNIT. Enfermeiro, Brasil.

2. Mestre, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente – UNIT. Enfermeiro, Brasil.

3. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente-UNIT. Pós-Graduanda em Neo e Pediatria, Estácio de Sá- SE, Brasil.

4. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes. Aracaju, SE.

### RESUMO

Acidentes escorpiônicos constituem um sério problema de saúde pública no Brasil. Os ambientes urbanos ofertam uma quantidade variada de microclimas, com condições favoráveis para a reprodução e proliferação de espécies de escorpião, que podem atingir acidentalmente o homem. O estudo teve como objetivo, verificar a frequência dos acidentes com escorpiões em Sergipe, no período entre 2004 e 2014. Foram utilizados dados secundários extraídos das notificações de acidentes escorpiônicos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O território da Grande Aracaju apresentou a maior ocorrência dos casos 76,7% e quanto a zona de ocorrências a maior frequência foi para a zona urbana (80%). O sexo mais cometido foi o feminino (57,1%) e a idade entre 20 e 29 anos (19,5%), sendo que 90% dos casos evoluíram para a cura.

**Palavras-chaves:** Acidentes, Escorpião, Sergipe

### INTRODUÇÃO

Os escorpiões são invertebrados com características extremamente adaptáveis e algumas espécies vivem com facilidade em condições ambientais variadas. Muitas espécies tem uma capacidade metabólica baixa, possibilitando permanecer de maneira inativa, apenas aguardando que alguma presa se aproxime, para capturá-la e imobilizá-la com suas toxinas (POLIS,1990). Acidentalmente, os escorpiões podem atingir o homem e causar sintomatologias que podem ser graves, levando inclusive ao óbito (GAZARIN et al., 2005).

Nos últimos anos, os acidentes com animais peçonhentos, especialmente com escorpiões, têm aumentado significativamente em todo o mundo tornando-se um problema de saúde global, mundialmente negligenciados pelos sistemas de saúde. Somado a isso, existe um desconhecimento mundial tanto em relação à incidência quanto em relação à gravidade dos casos de acidentes escorpiônicos. Estima-se que esse tipo de acidente chegue a aproximadamente 1.200.000 casos/ano, com uma letalidade maior que 3.250 mortes anuais (WHO, 2007; CHIPPAUX; GOYFFON, 2008).

O Brasil conta com quatro sistemas de informação, que recolhem em seus bancos de dados informações relativas aos acidentes com animais peçonhentos (Mesquita et al., 2015). O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema Nacional de

Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Os ambientes urbanos ofertam uma quantidade variada de microclimas, com condições favoráveis que facilitam a reprodução e proliferação de escorpiões, representando, deste modo, um risco a Saúde Pública (GOMEZ; OTERO, 2007; BRITES-NETO; BRASIL, 2012; SZILAGYI-ZECCHIN et al., 2012). No Brasil, as regiões com maiores frequências de ocorrência de acidentes são o Nordeste (48%) e o Sudeste (40,7%) (RECKZIEL; PINTO JUNIOR, 2014).

Apesar da região Nordeste possuir uma rica diversidade de escorpiões, apresentando 34 das 131 já identificadas no Brasil, sabe-se que esse número é subestimado pela carência de especialistas e incentivos à pesquisa, bem como pela lacuna na amostragem em diversas áreas. A Bahia é o Estado do Nordeste que possui o segundo grupo de pesquisa na área de animais peçonhentos, mais antigo do Brasil, em atividade desde 1987, é mantido pela Universidade Federal da Bahia, perdendo apenas em antiguidade para a Universidade de São Paulo (USP) que funciona desde 1985 (BRAZIL; PORTO, 2010) não obstante, o Estado da Bahia, possui a maior escorpiofauna, representada por 27 espécies (PORTO; BRAZIL; SOUZA, 2010).

A produção científica relacionada aos escorpiões, especialmente em Sergipe, ainda é escassa. Mesquita et al. (2015) avaliaram que as informações obtidas das notificações dos casos de acidentes escorpiônicos ocorridos no Estado de Sergipe, através do sistema de informações do CIATOX no período entre janeiro de 2002 a dezembro de 2012, sugere que Sergipe tem uma elevada incidência de acidentes por escorpiões sendo, portanto, uma área endêmica, tendo necessidade de implantação de políticas públicas de saúde, preventivas deste agravo.

Perante o exposto o estudo objetivou verificar a frequência de escorpionismo nas regiões de saúde do Estado de Sergipe, segundo variáveis socio-demográficas no período entre 2004 e 2014.

## MATERIAL E METODOS

Foram utilizados os registros de casos de picadas de escorpiões ocorridos no Estado de Sergipe e notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período escolhido.

O estado possui uma população estimada de 2.219.574 habitantes distribuídos entre 75 municípios e dividido em 8 territórios: Alto Sertão Sergipano, Médio Sertão Sergipano,

Agreste Central Sergipano, Baixo São Francisco Sergipano, Leste Sergipano, Grande Aracaju, Centro Sul Sergipano, Sul Sergipano (SERGIPE,2007).

As variáveis sócio-demográficas abordadas foram: sexo, idade e zona de ocorrência do acidente. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes, sob o protocolo de número 39543814.3.0000.5371.

## RESULTADOS

Os dados analisados mostraram que o estado de Sergipe apresentou um total de 5133 casos notificados e confirmados pelo SINAN no período de 2004 a 2014. Quanto às notificações categorizadas por territórios, percebeu-se que a Grande Aracaju teve um percentual de 76,7% dos casos ocorridos em Sergipe (Gráfico 1). Quanto à zona de ocorrência dos acidentes a maior frequência encontrada foi para a zona urbana com 80% dos casos (Tabela 1). Foi observado quanto à faixa etária que 19,5% das ocorrências foram registradas para indivíduos com idade entre 20 e 29 anos (Gráfico 2).

Neste estudo, encontrou-se a frequência de 57,1 % de acidentes envolvendo pessoas do sexo feminino (Gráfico 3). Quanto ao local do corpo atingido os casos em membros inferiores tiveram uma maior frequência de ocorrência, 37,1% (Gráfico 4). Adicionalmente, 90% dos casos tiveram evolução para a cura (Tabela 2).

**Gráfico 1.** Frequências das notificações por Territórios\* registradas em Sergipe no período de 2004 a 2014.



\*Territórios de Sergipe, segundo SINAN, (2016).

O território do Alto Sertão apresentou uma baixa densidade de acidentes nos 11 anos estudados, porém esse se destaca porque demonstra que os casos que se tem registro no período, ao que se percebe, têm os maiores percentuais de casos moderados do Estado e fez com que as vítimas buscassem de forma mais imediata o atendimento. Contudo, essa

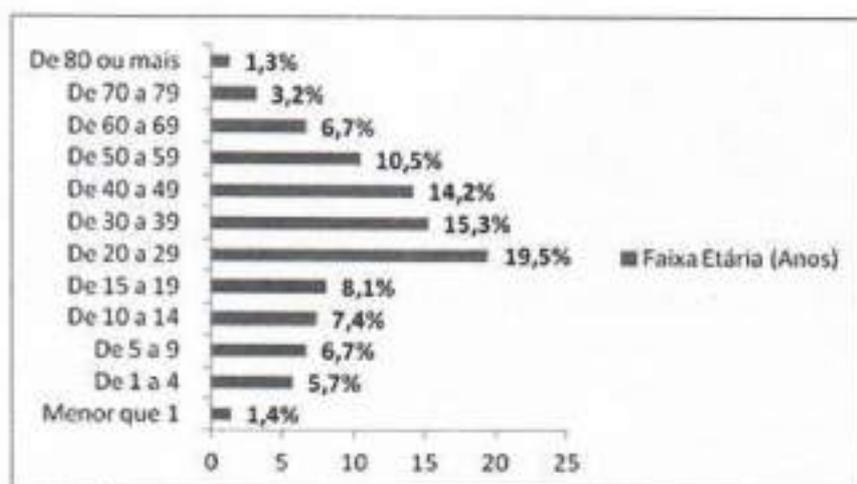
afirmativa não é conclusiva, pois, sabe-se que em muitos casos, pessoas são picadas e não manifestam reações importantes, deixando de buscar atendimento e registrar o acidente.

**Tabela 1.** Acidentes escorpionícos segundo zona de ocorrência notificados do SINAN em Sergipe no período de 2004 a 2014.

Zona de Ocorrência	Número de Ocorrências	Frequência (%)
Urbana	4104	80,0%
Rural	490	9,5%
Periurbana	202	3,9%
Ignorada	337	6,6%
Total	5133	100%

No que se refere a frequência dos acidentes escorpionícos nos territórios de Sergipe verificou-se que os achados são semelhantes aos demonstrados por Mesquita et al., (2015) em Sergipe, (65%) e em Pernambuco (60,22%) por Albuquerque et al., (2013). Outras pesquisas a nível municipal também observaram que os casos de escorpionismo superam em números os casos de ofidismo: Belo Horizonte, 66,1% (BARBOSA et al, 2014), Natal, 77% (LIMA et al, 2011).

**Gráfico 2.** Notificações por Faixa Etária registradas em Sergipe no período de 2004 a 2014.

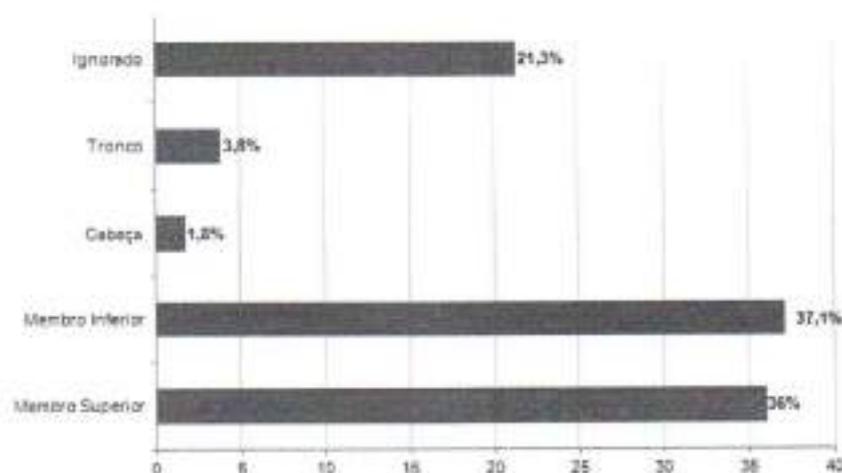


\*Faixa Etária segundo IBGE, (2010).

**Gráfico 3.** Acidentes escorpionicos segundo o gênero, notificados no SINAN, no período de 2004 a 2014.



**Gráfico 4.** Acidentes escorpionicos segundo local do corpo atingido, notificados no SINAN no período entre 2004 a 2014.



Apesar do aparente equilíbrio no acometimento de membros superiores e inferiores, chama atenção o índice de registros ignorados nessa variável, considerando que a falta dessa informação inviabiliza o conhecimento do perfil em relação aos membros mais atingidos e prejudica o estabelecimento de ações preventivas mais específicas

**Tabela 2.** Evolução dos casos de acidentes escorpiônicos notificados no SINAN, no período entre 2004 a 2014

Evolução	Número de Ocorrências	Frequência (%)
Cura	4656	90,0%
Óbito	4	0,07%
Ignorado	473	9,2%
Total	5133	100%

O gênero feminino foi o mais acometido com acidentes escorpiônicos provavelmente porque as mulheres permanecem mais tempo nos seus lares e executam com mais frequência atividades de organização, podendo ter contato com escorpiões. A falta de saneamento básico, construções inacabadas e coletas irregulares de lixo também podem proporcionar um maior risco e aumento do número de casos nos domicílios.

O território de Aracaju teve a maior frequência de casos notificados, visto que, é uma área urbana com um aglomerado de pessoas e imóveis, dos quais muitos encontram-se em espaços irregulares com locais propícios para a proliferação e presença de escorpiões.

As ações de prevenção deverão ser direcionadas aos grupos mais vulneráveis para esse tipo de acidente e, além disso a localização dos acidentes influencia no prognóstico de gravidade do caso. A anatomia atingida influencia na gravidade e quanto mais próximo de órgãos vitais for o acometimento, maiores poderão ser as complicações e sequelas do acidente (PARDAL et al., 2014). Os escorpiões normalmente atingem os pés das pessoas no ato de calçar sapatos e as mãos, no momento da manipulação de materiais e entulhos sem a devida proteção ou os devidos cuidados (RIBEIRO; RODRIGUES; JORGE, 2001).

Em relação aos casos de óbito por acidentes escorpiônicos em Sergipe, no período entre 2004 e 2014, quanto a distribuição por zona, três ocorreram em zona urbana e um em zona rural. A distribuição dos óbitos por zona, acompanha a distribuição da ocorrência de acidentes, considerando que mais de 80% dos acidentes escorpiônicos ocorreram em zona urbana e o território da Grande Aracaju, concentrou mais de 75% dos casos em Sergipe, no período estudado.

## CONCLUSÃO

Os dados analisados permitem concluir que o estado de Sergipe possui um elevado número de acidentes com escorpiões e que a maior frequência é para o território da Grande Aracaju, sexo feminino e faixa etária entre 20 e 29 anos. Os acidentes ocorreram em sua maioria na área urbana, nos membros inferiores e 90% dos casos evoluíram para a cura.

É necessário promover ações educativas à população e aos profissionais de vários setores, em especial os da saúde, para impactar nos aspectos de promoção da saúde, prevenção de acidentes e tratamento adequado dos casos de acidentes com animais peçonhentos, serão importantes para uma maior proteção do homem e do ambiente. Os escorpiões não são predadores de homens, quando atacam, o fazem devido a sentirem-se invadidos de seu território, cabendo ao homem evitar os contatos indesejados.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, I.C.S.; ALBUQUERQUE H.N.; ALBUQUERQUE, E.F.; NOGUEIRA, A.S.; CAVALCANTE, L.M.F. **Escorpionismo em Campina Grande (PB)**. Rev. Biologia e Ciências da Terra. n. 4(1): p.2-10. 2004.

ALBUQUERQUE, C.M.R.; NETO, P.L.S.; AMORIM, M.L.P.; PIRES, S.C.V.; **Pediatric epidemiological aspects of scorpionism and report on fatal cases from *Tityus stigmurus* stings (Scorpiones: Buthidae) in State of Pernambuco, Brasil**. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2013; 46(4): 484-489.

ALMEIDA, R. B. **Atlas das espécies de *Tityus*, CL Koch, 1836 (Scorpiones, Buthidae) do Brasil**. 161f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. 2010.

BARBOSA, A.D.; SILVA, J.A.; CARDOSO, M.F.E.C.; MENESES, J.N.C.; CUNHA, M.C.M.; HADDAD, J.P.A.; NICOLINO, R.R.; MAGALHÃES, D.F. **Distribuição espacial de acidentes escorpiônicos em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2005 a 2009**. *Arq.Bras. Med. Vet. Zootec* 2014; 66(3): 721-730.

BARROS, R. M.; PASQUINO, J. A.; PEIXOTO, L. R.; TARGINO, I. T. G.; SOUSA, J. A.; LEITE, R. S. **Clinical and epidemiological aspects of scorpion stings in the northeast region of Brazil**. *Ciência e Saúde Coletiva*, n. 19(4), p. 1275-1282, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de controle de escorpiões. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília. Ministério da Saúde [manual online]. p. 74, 2009.**

BRAZIL, T.K.; PORTO, T. **Os Escorpiões**. Salvador, EDUFBA 2010; p.84.

BRITES-NETO, J.; BRASIL, J. **Estratégias de controle do escorpionismo no município de Americana, SP**. *BEPA* 2012; 9(101):4-15.

CAMPOLINA, D. **Georreferenciamento e estudo clínico-epidemiológico dos acidentes escorpiônicos atendidos em Belo Horizonte, no serviço de toxicologia de Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 127f. 2006.

CHIPPAUX, J.P.; GOYFFON, M. **Epidemiology of scorpionism: a global appraisal**. *Acta Trop* DOI: 10.1016/j. **Epub** 2008; 107(2): 71-9.

GAZARIAN, K. G.; GAZARIAN, T.; HERNÁNDEZ, R.; POSSANI, L. **Immunology of scorpion toxins and perspectives for generation of anti-venom vaccines.** *D.Vaccine*, Vol.23(26), p.3357-3368. 2005.

GOMEZ, C. J. P.; OTERO, P. R. Ecoepidemiología de los escorpiones de importancia médica en Colombia. **Rev. Fac. Nac. Salud Pública [online]** 2007; 25(1): 50-60.

MESQUITA, F., NUNES, M., SANTANA, V., MACHADO NETO, J., ALMEIDA, K., LIMA, S.. Acidentes escorpiônicos no Estado de Sergipe - Brasil. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba** 2015; 17(1): 15-20.

PARDAL, P.P.O.; GADELHA, M.A.C.; MENEZES, M.M.G.O.; MALHEIROS, R.S.; ISHIKAWA, E.A.Y.; GABRIEL, M.D.G. Envenenamento grave pelo escorpião *Tytius obscurus* Gervais, 1843. **Rev. Pan Amaz. Saúde** 2014; 5(3): 65-70.

POLIS, G.A. **Ecology. In: The Biology of Scorpions. Chapter 6 (Polis GA, ed).** Stanford University Press, California, USA, p.247-293, 1990.

POLIS, G.A. **Ecology. In: The Biology of Scorpions. Chapter 6 (Polis GA, ed).** Stanford University Press, California, USA, p.247-293, 1990.

PORTO, T.J.; BRAZIL, T.K.; SOUZA, C. A. R. Diversidade de escorpiões no Brasil. In: BRAZIL, T.K.; PORTO, T. **Os Escorpiões.** Salvador, EDUFBA 2010, p.84.

RECKZIEGEL, G.C.; PINTO JUNIOR, V. L. **Análise do escorpionismo no período de 2000 a 2010.** *Rev. Pan-Amaz Saude*, n.5(1), p.67-68. 2014.

RIBEIRO, L. A.; RODRIGUES, L.; JORGE, M. T. Aspectos clínicos e epidemiológicos do envenenamento por escorpiões em São Paulo e municípios próximos. **Revista de Patologia Tropical** 2011; v. 30, n. 1, p. 83-92.

SERGIPE. **Secretaria de Estado do Planejamento. Plano de Desenvolvimento Territorial Participativo de Sergipe (PDTP).** Aracaju, 2007.

SZILAGYI-ZECCHIN, V.J.; FERNANDES, A.L.; CASTAGNA, C.L.; VOLTOLINI, J.C. **Abundance of scorpions *Tityus serrulatus* and *Tityus bahiensis* associated with climate in urban area (Scorpiones, Buthidae).** *Indian Journal of Arachnology*, v. 1, n. 2, p. 15-23, 2012.

LIMA, A.L.M, LIMA, J.A.; SOUTO, M.C.S.; LOPES, T.F.; TORRES U.P.S.; MACIEL, A.C.C. Spatial distribution and epidemiological profile of scorpion accidents in Natal/RN. **ConScientiae Saúde.** 2011;10(4): 627-33.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Rabies and envenomings: a neglected public health issue: report of a Consultative Meeting, WHO, Geneva, 10 January 2007.

## OBSERVAÇÕES SOBRE A GESTÃO DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO AO MEIO AMBIENTE E SAÚDE E O DESTINO CORRETO DO LIXO HOSPITALAR

Luana Queiroz Oliveira<sup>1</sup>; Ivanildo Caetano daSilva<sup>1</sup>; Ianca Aparecida CarvalhoLima<sup>1</sup>; João Nato Nascimento deSÁ<sup>1</sup>; Jhonathan Galdino dosSantos<sup>1</sup>;Ivania Batista de OliveiraFarias<sup>2</sup>;; José Eduardo Teles deAndrade<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Graduando do Curso de Bacharel em Enfermagem daFaculdade Irecê;

<sup>2</sup>Professor orientadores daFaculdade Irecê

**RESUMO:** O presente artigo é uma revisão bibliográfica e estudo metodológico de observação não participante, em um ambiente de saúde, com a finalidade de identificar a relação do meio ambiente e saúde, e as percepções dos profissionais de saúde principalmente o enfermeiro, sobre a questão de o lixo hospitalar e seu destino. Preservar o meio ambiente é dever de cada um e reponsabilidade de todos, somente quando a sociedade em suma consciência passa a refletir sobre isso, será possível diminuir os impactos ambientais causados e atingir a qualidade de vida desejada. Ressalta-se a problemática ambiental e sua influência direta no processo de adoecimento da sociedade, buscando o enfoque para a incrementação de áreas específicas durante toda a formação acadêmica na academia. Sendo necessário que haja de forma continuada estudos sobre o tema, evidenciando a responsabilização socioambiental, compondo todo o campo da saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde. Meio Ambiente. Lixo Hospitalar. Enfermagem. Relação.

### INTRODUÇÃO

Logo após o término da Revolução Industrial, o ser humano dotou de forma esplêndida a capacidade de modificar a natureza, proporcionando o desenvolvimento de novos avanços tecnológicos provendo cada vez mais sua entrada ao meio ambiente, gerando um elevado consumo de matéria prima obtendo como consequência, a degradação do meio ambiente.

[...] o consumo de recursos naturais em ritmo mais acelerado do que a renovação pelo sistema ecológicos e a geração de produtos residuais em quantidades maiores do que as que podem ser integradas ao ciclo natural de nutrientes. (MORAIS & JORDÃO. 2002, pg. 371).

Atualmente, o meio ambiente tem se tornado o alvo principal de diversas empresas, no que se refere a obtenção de lucros. O sentido em manter o foco ao cuidado e preservação do mesmo, encontra-se disseminado e, a forma como esses cuidados são praticados é quase que insciente.

De acordo com o contexto apresentado, observa-se a necessidade de que a população juntamente com a comunidade em geral, participem inteiramente dos sistemas educativos em relação a educação ambiental, dispondo á sociedade o conhecimento dos encadeamentos ambientais, desenvolvendo atribuições e condutas, concedendo ao homem o direito de

intervir no desenvolvimento da promoção do equilíbrio ambiental, garantindo de certo modo, a saúde como qualidade de vida, associando-a com suas devidas necessidades.

[...] a Educação Ambiental "não é a solução "mágica", para os problemas ambientais, (...) é um processo contínuo de aprendizagem do conhecimento e exercício da cidadania, capacitando o indivíduo para uma visão crítica da realidade e uma atuação consciente no espaço social. (KRASIL CHICK .1986)

No artigo 225º da Constituição Federal do Brasil do sistema jurídico brasileiro, nota-se a relação entre meio ambiente e saúde estipulando que: *"Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações"*. Como retratado acima, o enfoque principal está em manter o ambiente equilibrado para que assim as condições sadias e essenciais da qualidade de vida possam ser garantidos.

O homem ao pensar que todos os recursos seriam infinitamente renováveis, instigou toda população a explorar de forma desordenada o meio ambiente degradando-a sem pudor, e logo após abandonar esse local. "Esse processo afetou profundamente a qualidade do ambiente e de vida das suas populações"(AUGUSTO, 2003, p. 178).

Atualmente o Sistema Único de Saúde (SUS), integrou a Vigilância Ambiental, ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde (SNVA). Hoje o SUS busca enfatizar que as ações de saúde devem ser formadas mediante o ambiente onde as pessoas estão inseridas, ou sejam, onde residem e trabalham.

Portanto, é fundamental que o enfermeiro em seu currículo profissional, possua conhecimento voltado para a área de educação ambiental, com matérias e aulas práticas em Unidades Básicas de Saúde, que estabeleçam os princípios do SUS. Sendo de sua inteira responsabilidade desenvolver medidas que realizem transformações e ações juntamente com a sociedade para manter o ambiente saudável.

O objetivo dessa pesquisa consiste ressaltar a relação de meio ambiente e saúde, conceituando seus princípios fundamentais, buscando identificar a percepção dos enfermeiros sobre o tema associado à questão do lixo hospitalar e sua destinação.

## METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado através da revisão bibliográfica e estudo metodológico de observação não participante, em um ambiente de saúde, com a finalidade de indentificar a

relação do meio ambiente e saúde, e as percepções dos profissionais de saúde principalmente o enfermeiro, sobre a questão do lixo hospitalar e seu destino.

Nesse sentido o estudo busca promover a observação, conhecimento e descrição, sobre o que se deseja apresentar, não apenas de forma observatória, mais procurando descrever de forma autêntica as informações referente ao tema, relacionando o mesmo às legislações vigentes.

Segundo Lakatos e Marconi (2010) (MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 7ª edição. São Paulo: Atlas, 2010)

[...] a observação é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Para registrar as observações, com o objetivo de analisá-las posteriormente, o pesquisador normalmente utiliza os seguintes instrumentos de coleta de informação: bloco de notas e canetas para anotações, fichas de registro, câmera fotográfica e filmadora.

Nesse estudo o pesquisador deve permanecer à todo momento afastados dos informantes, para que não promova desatenções e irreflexões dos mesmos, porém é necessário que esteja o mais próximo possível, com a intensão de que ocorra as observação das falas, a fim de serem ouvidas e observadas com perspicuidade, juntamente com todas as ações comportamentais realizadas. Em caso, de não compreensão das falas dos informantes pode-se suscitar perguntas, em prol do esclarecimento sobre o tema, na qual devem ser feitas ao final da observação, ou durante as entrevistas. Para Marconi e Lakatos (2011) o pesquisador está em contato com o grupo pesquisado, mas não se envolve nas situações observadas.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados do estudo realizado, revelam a diferença de significações de extrema importância para diferenciamentos dos diversos conceitos sobre o tema: Meio ambiente e saúde. Continuamente estão apresentadas as categorias que deram início a discussão: **Percepção dos alunos de enfermagem sobre o conceito, relação e influência do meio ambiente e saúde na vida das pessoas; Conhecimento prévio sobre o assunto; Quem realiza, como são desenvolvidas as praticas educativas, destino, separação e tratamento do lixo hospitalar e parte doméstico?**

### PERCEPÇÃO DOS ALUNOS DE ENFERMAGEM SOBRE O CONCEITO, RELAÇÃO E INFLUÊNCIA DO MEIO AMBIENTE E SAÚDE NA VIDA DAS PESSOAS

Para os sujeitos no estudo observado, o conceito de meio ambiente alberga os mecanismos bióticos e abióticos, contemplando a interação desses fatores para o equilíbrio

dinâmico, o que está relacionado às práticas do homem, pressupondo uma realidade do local habitado que está ligado ao bem estar ou a causa de doenças. No que diz respeito à saúde, compreendem que é algo que vai muito além da ausência de doenças, caracterizado um bem estar psicológico, social, englobando o meio em que o mesmo vive, resumidamente, a harmonia entre o indivíduo social e o meio, o que compõe as inter-relações dos sujeitos com a natureza. Sobre a questão levantada em relação ao meio ambiente e saúde, todos os discentes, definiram associando a interdependência de um sobre o outro. Acrescenta-se a menção da importância de ambos e a correlação como parte que integra e define o estado da saúde das pessoas, além de apontarem que quaisquer mudanças, sejam elas climáticas, ambiental e social, interferem diretamente na vida salubre da população, citando exemplos de tais modificações. Para Pereira (1995). É o resultado da interação complexa de inúmeros fatores que ocorrem numa dinâmica naturalmente constante, a deduzir, o homem como principal influenciador em potencial e o único capaz de intervir para a melhora ou alteração provocando um desequilíbrio na natureza.

Em relação às mudanças climáticas, observou-se que os impactos referentes à saúde são diversos, ou seja, podendo ocorrer de diversas formas, relação direta ou indireta. Diretamente, pode ocorrer um elevado aumento de mortes estimulado através de fenômenos advindas das ondas de calor, furacões e inundações, onde estas causam impactos em um curto intervalo de tempo. De forma indireta, relacionam-se as alterações ocorridas no biosistema e ciclos biogeoquímicos, intensificando o surgimento de doenças infecciosas como desnutrição e doenças psíquicas, tal como doenças do trato respiratório como sinusites, bronquites e alergias, onde as crianças se destacam nos grupos de maiores susceptibilidade. Estudos epidemiológicos evidenciam um de incremento risco associadas às doenças respiratórias e cardiovasculares, assim como da mortalidade geral e específica associadas à exposição a poluentes presentes na atmosfera (BRASIL, 2008).

De acordo com Pitton e Domingos (2004), *apud*, Sousa e Neto (2008):

Como alguns sintomas estão vinculados a mudanças de tempo e estes são previsíveis pelos serviços meteorológicos, dispondo de certo número de estudos regionais e locais que indicam a situação meteorológica determinante para o desenvolvimento de certas doenças, haveria a possibilidade de advertir a população e solicitar-lhe a tomar as devidas iniciativas e precauções” Pitton e Domingos, 2004, p.84, *apud* Sousa e Neto (2008, p: 123).

Notaram-se que, as mudanças ambientais implicadas através do desenvolvimento econômico, social e cultural acometem de forma geral a distribuição das doenças infecciosas, devido suas estreitas relações, assim como a questão do saneamento básico, pois este exerce

função direta em controlar todos os elementos do meio físico relacionado ao homem, tal como a promoção do seu bem estar físico, mental e social.

Para, Guimarães, Carvalho e Silva (2007):

A maioria dos problemas sanitários que afetam a população mundial estão intrinsecamente relacionados com o meio ambiente. Um exemplo disso é a diarreia que, com mais de quatro bilhões de casos por ano, é uma das doenças que mais aflige a humanidade, já que causa 30% das mortes de crianças com menos de um ano de idade. Entre as causas dessa doença destacam-se as condições inadequadas de saneamento.

O saneamento básico é um conjunto de medidas que têm por finalidade conservar ou melhorar o meio ambiente de uma região, possibilitando manter as condições de higiene e saúde da população. Entre os serviços que compõe esse conjunto, estão o tratamento de água, a coleta e o descarte correto de resíduos sólidos, a limpeza de vias públicas e a canalização, afastamento e o tratamento de esgoto. O tratamento de esgoto é um procedimento fundamental para evitar a poluição dos recursos naturais, especialmente os cursos de água, e a proliferação de doenças entre os cidadãos. A falta de saneamento básico torna-se um dos principais causadores de agravos à saúde, quando relacionados ao não tratamento da água, sistemas de esgotos, disposição do lixo e drenagem urbana (GUIA ECOLÓGICO, 2012).

Dentre as principais doenças advindas pela ausência de saneamento básico são: Os vírus (Ex: Hepatite), as bacterianas (Ex: Vibrião colérico, que é o agente da cólera), os protozoários (Ex: Amebas) e os helmintos que causam verminoses (Ex: Filária, causadora da Filariose, popularmente conhecida como a elefantíase) e em casos de altas dimensões ( Ex: Ascaris Lumbricóides, que causa a Ascariíase conhecida popularmente como a "Lombriga) a leptospirose cometida pelos ratos através do acúmulo de lixo e esgotos, e habitações ( Ex: A malária, Doenças de Chagas, Catapora, Cachumba, Difteria entre muitas outras). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em dados de 2011, as doenças relacionadas com a falta de saneamento básico, principalmente as diarreias ainda são uma das principais causas de morte de indivíduos em países de baixa e média renda, como o Brasil por exemplo. Além do mais, os dados da Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2008, divulgada pelo Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, mostram que somente 55% dos municípios brasileiros estão conectados à rede de esgoto, sendo que apenas um terço deles realiza o tratamento adequado, ou seja, o resto vai direto para os rios (GUIA ECOLÓGICO, 2012).

Para Philipe Jr. (2004):

Finalmente, é importante ressaltar que o material e o acabamento inadequados nas habitações podem favorecer a proliferação de ratos, mosquitos, carrapatos, piolhos

etc., animais estes transmissores de doenças. Um exemplo é a infestação dos barbeiros, que são os vetores da doença de Chagas (PHILIPPI JR., 2004).

Os agrotóxicos são produtos químicos utilizados na agricultura com o intuito de combater pragas e organismos patogênicos que possam comprometer a produção agrícola. Contudo, a utilização desses insumos está diretamente ligada tanto à contaminação ambiental quanto a causa de muitos problemas de saúde pública, já que sua aplicação de maneira incorreta prejudica o meio ambiente, a saúde dos trabalhadores rurais e dos consumidores. Segundo Veiga et al (2006), conforme citado por Bohner, Araújo e Nishijima (s.d), a degradação do meio ambiente tem consequências a longo prazo com efeitos muitas vezes irreversíveis, como a aplicação de agrotóxicos que pode contaminar o solo e os sistemas hídricos, culminando numa degradação ambiental que teria com principal consequência prejuízos à saúde e alterações significativas e graves nos ecossistemas. Os agrotóxicos são aplicados diretamente nas plantas ou no solo, sendo que aqueles que são aplicados diretamente nas plantas atingem o solo, sendo levados das folhas através da ação da chuva ou até mesmo da água da irrigação. Os lençóis freáticos subterrâneos podem ser contaminados por pesticidas através da lixiviação da água e da erosão do solo. Podendo também ocorrer contaminação superficial, decorrente da intercomunicabilidade dos sistemas hídricos, atingindo áreas distantes do local de aplicação dos agrotóxicos (BRIGANTE, 2002; VEIGA et al, 2006, apud BOHNER; ARAÚJO; NISHIJIMA, s.d).

Sendo assim, as práticas agrícolas podem representar um alto nível de impactos negativos, tornando a água imprópria para o consumo. Portanto, a contaminação de um sistema hídrico não representa a contaminação da água de uma população local, representa a contaminação da água que abastece a população que depende desse recurso.

A relação descrita nas falas dos estudantes, parte do conhecimento sobre a área em estudo, no qual o homem é o propagador dessas modificações no meio ambiente, sendo este o causador e vítima, por conseguinte, dos impactos gerados pela degradação ambiental fortemente ligada à saúde humana. Tal ponto de vista nos faz contemplar, a associação direta entre a fala dos discentes de saúde entrevistados com o que vimos em estudo, confirmando a intensa interação do homem versus meio ambiente. Por fim, compreende-se que a partir dessa manifestação, a relação saúde e meio ambiente é indissociável, ou seja, as questões ambientais são parte integrante da saúde.

## CONHECIMENTO PRÉVIO SOBRE O ASSUNTO

Mediante as percepções dos alunos de enfermagem vê-se a necessidade de compreensão e conscientização, durante todo o percurso de estudo na academia, sobre a temática abordada por possuir matérias voltadas para a questão ambiental e sua relação com a saúde. É importante desenvolver o conhecimento científico dos discentes, pois estes como futuros profissionais da área da saúde, serão os responsáveis em informar e conscientizar a população sobre os princípios básicos da prevenção de doenças e agravos associados à modificação do ambiente em que se vive.

Nota-se que devido às problemáticas relacionadas aos agravos à saúde e, por conseguinte a modificação do meio ambiente tais como, o crescimento populacional junto ao desenvolvimento tecnológico, promoveu-se uma intensa devastação e deterioração das áreas ambientais causando poluições, contaminações tanto do solo como água e ar. Conforme Augusto e Branco (2003), esse modelo de desenvolvimento atualmente adotado favorece o aparecimento de riscos para a saúde e para o ambiente.

Barcellos e Quitério (2006) retrataram que:

A crise ambiental tem obrigado todos os setores da sociedade a rever conceitos e valores, explicitados conflitos de interesse e evidenciado a insustentabilidade do modelo de desenvolvimento. A crise ambiental também é uma crise de conhecimento. O saber é, como uma alternativa à crise, o reconhecimento da complexidade que envolve as relações entre sociedade e ambiente.

Apontam também que além do conhecimento adquirido na faculdade é qualificante para o profissional a participação de cursos complementares, congressos e palestras para a complementação científica e curricular, abrindo portas para o reconhecimento profissional.

Portanto, é de suma importância o conhecimento breve dessas temáticas, evidenciando ser a base para a atuação dos enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde, sendo este o gestor responsável pela promoção e prevenção da saúde nas comunidades.

## QUEM REALIZA, COMO SÃO DESENVOLVIDAS AS PRÁTICAS EDUCATIVAS, DESTINO, SEPARAÇÃO, TRATAMENTO DO LIXO HOSPITALAR E PARTE DOMÉSTICO

Neste âmbito notou-se claramente que o principal profissional de saúde em promover as medidas acima citadas é o enfermeiro, uma vez que este é o responsável pela unidade em que trabalha e pela capacitação de toda a equipe profissional.

Juntamente com o enfermeiro os ACS (Agentes Comunitários de Saúde), realizam o acompanhamento das famílias e orientam as mesmas sobre o destino adequado do lixo e

limpeza, observando se há a presença ou não de acúmulos de água, já que esta promove a proliferação de mosquitos vetores de doenças, como a Dengue. Analisou-se que, as práticas educativas necessitam ser desenvolvidas constantemente, juntamente com toda equipe, havendo orientação, e formação educacional sobre o tema.

Em outros momentos observamos que muito deve ser feito no que se refere ao destino, separação e tratamento do lixo hospitalar, pois ainda existe inúmeros lugares inapropriados para o descarte do mesmo havendo uma maior preocupação referente as medidas básicas de prevenção, e tratamento antes do descarte para evitar infecções, principalmente por materiais perfuro-cortantes no que se refere ao lixo hospitalar, tal como materiais contaminados com fezes e sangue quanto ao lixo doméstico.

De acordo com Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), é de responsabilidade dos estabelecimentos realizar o descarte correto de acordo com as leis e normas brasileiras. É necessário conhecer as classificações e o destino correto de cada um. Conforme a regulamentação da ANVISA em sua norma 307 especifica a maneira como os RSS são classificados e como eles devem ser descartados. Segue a classificação: Resíduos especiais (Ex: Radioativos, Farmacêuticos), Resíduos comuns ou gerais (Ex: Materiais provenientes da área administrativa como: embalagens, resíduos alimentares) e Resíduos Infeciosos (Materiais perfurocortantes, biopsias, amputações, materiais patológicos, excreções). Em analogia as normas sanitárias, o lixo deve obter separações adequadas, mediante as classificações citadas, de acordo sua devida destinação, o mesmo deve proceder da seguinte forma: Grupo 1: Materiais Radioativos que dispõem de uma regulamentação específica da Comissão Nacional de Energia Nuclear cabendo ao hospital realizar o procedimento e destinação final de acordo com essa especificação. Já os materiais considerados farmacêuticos, esse tem de ser devolvidos aos fabricantes, uma vez que são eles os responsáveis por sua destinação final; Grupo 2 : Papel, papelão, plásticos, vidros, metais, assim como os demais recicláveis tem de receber embalagens de acordo com sua composição, e sua destinação final, é a reciclagem interna dentro do próprio hospital ou a entrega para postos de reciclagem externos; Grupo 3: Materiais considerados perfurocortantes têm, obrigatoriedade, de ser alocados em caixas específicas. Os demais resíduos têm de ser alocados em sacos plásticos da cor branca com a identificação de material infectante inserida na parte frontal. A destinação final pode ser tanto a incineração ou mesmo o depósito, por meio de coleta especial, em aterro sanitário.

ANVISA (2004) regulamenta que:

O gerenciamento dos resíduos sólidos constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

Portanto conclui-se que preservar o meio ambiente é dever de cada um e reponsabilidade de todos, somente quando a sociedade em suma consciência refletir sobre isso, será possível diminuir os impactos ambientais causados e atingir a qualidade de vida desejada.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da pesquisa realizada, pôde-se observar as percepções sobre o meio ambiente e sua relação direta com a saúde enfatizando esse contexto na área de atuação do profissional de enfermagem. Contudo, identificou-se que os profissionais de saúde abordaram meio ambiente como o lugar de seu habitat natural, associadas as questões culturais, sociais e até sentimentais.

Diante de todo o trabalho chama-se atenção da grande complexidade os impactos ambientais voltados para a saúde provocada pela dolorosa mudança no meio ambiente. Objetivando, por meios de medidas socioeducativas, mostrar a população que é de sua inteira responsabilidade por todos agravos a saúde advindos da modificação desenfreada promovida pelo homem.

O profissional de enfermagem possui atribuição definitiva para atuar na prevenção, recuperação e proteção da saúde da população, atentando-se para a preservação e proteção também do meio ambiente, pois esse se torna o principal fator condicionante aos efeitos do local em que vivemos e seus reflexos nas condições de vida de como vivemos. Se compreende portanto, que não há de forma alguma, ter qualidade de vida se não existir qualidade de ambiente, ambos caminham lado a lado, sendo uma a coexistência do outro.

Procura também ressaltar sobre a falta de tratamento e destino adequado do lixo sendo que não existem ações da equipe de enfermagem na participação das decisões e implantações de normas que regulamentem esses sistemas juntamente com gestores, dispondo apenas das ações realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, juntamente com Agentes Comunitários, que juntamente com o enfermeiro desenvolve medidas educativas, passando-se para as famílias em visitas realizadas semanalmente.

Por fim, conclui-se ressaltando a problemática ambiental e sua influência direta no processo de adoecimento da sociedade, buscando o enfoque para a incrementação de áreas específicas durante toda a formação acadêmica na academia. Sendo necessário que haja de forma continuada estudos sobre o tema, evidenciando a responsabilização socioambiental, compondo todo o campo da saúde.

## REFERÊNCIAS

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Resolução RDC Nº 306, de 07 de dezembro de 2004. **Disposição sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.**

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Nº 307. Disponível em: <http://www.dinamicambiental.com.br/blog/lixo-hospitalar/como-deve-ser-feita-a-separacao-do-lixo-hospitalar/>. Acesso em: 30 de maio de 2017

AUGUSTO, L. G. S.; BRANCO, A. **Política de informação em saúde ambiental.** *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 150-157, 2003.

AUGUSTO, L. G. S. **Saúde e vigilância ambiental: um tema em construção.** *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, vol.12, n.4, p.177-187, dez. 2003. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br>>. Acesso em: 23 março de 2017.

BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L. A. D. **Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde.** *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 1, p. 170-177, 2006.

BRASIL.2008, **Mudanças climáticas e ambientais e seus efeitos na saúde: cenários e incertezas para o Brasil /BRASIL.** Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 40 pp: il.

BOHNER, Tanny Oliveira Lima; ARAÚJO, Luiz Ernani Bonesso; NISHIJISIMA, Toshio. **O impacto ambiental do uso de agrotóxicos no ambiente e na saúde dos trabalhadores rurais.** *Rev. Redevidadireito*, s.d, p. 329-341.

GUIMARÃES, A. J. A.; CARVALHO, D. F. de; SILVA, L. D. B. da. **Saneamento básico.** Disponível em: . Acesso em: 30 de maio de 2017.

GUIAS ECOLÓGICOS. **Saneamento Básico, Saúde e Meio Ambiente.** 2012. Disponível em: <https://guiaecologico.wordpress.com/2012/04/13/saneamento-basico-saude-e-meio-ambiente/>. Acesso em 10 de Junho de 2017.

KRASILCHIK, M. **Educação Ambiental na escola brasileira- passado, presente e futuro.** *Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 38, n. 12, p. 1958-1961, 1986.

MORAIS. L. D. S. de. JORDÃO, B. Q. **Degradação de recursos hídricos e seus efeitos sobre a saúde humana.** *Rev. Saúde Pública*. São Paulo. v. 36, n3, p.370-374.2002.

(MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 7ª edição. São Paulo: Atlas, 2010)

SOUSA, Camila Grosso & NETO, João Lima Sant' Anna. 2008, **GEOGRAFIA DA SAÚDE E CLIMATOLOGIA MÉDICA: ENSAIOS SOBRE A REALÇÃO CLIMA E VULNERABILIDADE**. HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde - Hygeia3(6):116-126, Jun/ [www.hygeia.ig.ufu.br/](http://www.hygeia.ig.ufu.br/) ISSN: 1980-1726.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1995.

PHILIPPI Jr., A. **Saneamento, saúde e ambiente: fundamentos para um desenvolvimento sustentável**. Coleção Ambiental. Barueri: Ed. Manole, 2004.

PITTON, S. E. e DOMINGOS, A. E. 2004, **Tempos e doenças: efeitos dos parâmetros climáticos nas crises hipertensivas nos moradores de Santa Gertrudes - SP**. In. Estudos Geográficos. Rio Claro, vol. 02, nº. 01, p.75-86.

## GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Raíssa Fonseca de Souza<sup>1</sup>; Ivania Batista de Oliveira Farias<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Aluna de graduação do curso de Bacharelado em Enfermagem;

<sup>2</sup> Docente da Faculdade Irecê

### RESUMO

O presente artigo abordará sobre as questões dos Resíduos de Serviço de Saúde (RSS) e suas possíveis implicações caso não seja manejado corretamente. O mesmo citará sobre a relação entre saneamento, saúde e ambiente como critérios fundamentais para a qualidade de vida, tendo como objetivo comparar a realidade da unidade de saúde com que é descrito pela Associação Brasileira das Normas Técnicas quanto ao lixo hospitalar. O método utilizado trata-se de uma revisão de literatura sobre o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Em decorrência do estudo, foi possível perceber que nem sempre as cidades dispõem de serviços adequados para a destinação final dos resíduos de saúde, conforme descritas pela ABNT, notou-se a partir das pesquisas realizadas em artigos publicados que os profissionais enfermeiros muitas vezes não estão atentos ao tratar da influência do saneamento básico como um meio ambiente e as implicações na saúde da população, essenciais para promoção, prevenção e reabilitação da saúde da população.

**PALAVRAS-CHAVES:** Resíduos de Serviço de Saúde, Saneamento básico, Meio Ambiente, Saúde.

### INTRODUÇÃO

Desde o período do Brasil colonial, com a chegada dos portugueses e dos negros no país, o meio ambiente foi contaminado com muitas bactérias e com um aumento na destinação de resíduos sólidos em céu aberto. Esses fatores só contribuíram para as condições de vida precárias, estando ligados a muitas doenças e mortes. No Brasil esse cenário foi visto durante muitos anos, visto que, o país não possuía serviços sanitários e meios higiênicos necessários para erradicar as epidemias que mataram muitas pessoas desde as camadas mais pobres até as mais ricas (PHILIPPI JR, 2005).

Por sua vez, a ação antrópica é a principal causa das modificações ambientais ocorridas em espaços de urbanização e de industrialização a qual vem acontecendo desenfreadamente em nível global desde os séculos XIX e XX. Em consequência os ambientes naturais são alterados com a poluição do meio ambiente físico e com o consumo de recursos naturais, e assim os riscos de doenças aumentam e contribuem negativamente para a qualidade de vida da população (PHILIPPI JR; MALHEIROS, 2005,p.3).

Devido os crescentes impactos ambientais, a ONU realizou em junho de 1972 o primeiro evento da conferência de Estocolmo, a fim de discutir a respeito do futuro do planeta e sobre a relação da saúde com os problemas ambientais, ao notar que, os impactos na saúde da população mundial estão mais relacionados com a poluição atmosférica, falta de água potável e insuficientes condições sanitárias de saúde (PORTAL EDUCAÇÃO, s.d).

Com a perspectiva de reconstruir um ambiente sustentável sem implicações de doenças, a Constituição Brasileira, por meio do Art. 196 deixa claro que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, em que garante a todos os brasileiros o direito de viver em um meio ambiente ecologicamente equilibrado, sendo dever do poder público e da população defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações (BRASIL, 1988).

Assim, o saneamento básico é a chave principal para o controle profilático de patologias acometidas pela gestão inadequada de resíduos sólidos urbanos e os de serviços de saúde. Conforme Soluri et al. (2015), devido a sua periculosidade, os Resíduos de Serviço de Saúde (RSS) necessitam de maior cuidado desde seu acondicionamento, manipulação e disposição final.

A partir dessas abordagens, o presente artigo tem como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde conforme normas definido pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), bem como, observar as relações existentes entre saneamento básico, meio ambiente e saúde e a importância desses critérios para melhorar a qualidade de vida da população.

## MÉTODOS

Sabendo-se que a Resolução CONAMA 358/2005, diz que “é obrigatório a segregação dos RSS na fonte e no momento de geração, a fim de garantir a proteção da saúde e do meio ambiente”. e tentando esclarecer questões ligada ao meio ambiente saúde e descarte de resíduos de serviços de saúde, optou-se por fazer uma revisão de literatura sobre o tema.

A forma metodológica utilizada nessa pesquisa tratou-se da realização de um estudo onde foi utilizado método de revisão de literatura científica por meio de pesquisas bibliográficas, selecionando-se artigos nacionais nos bancos de dados SciELO, PubMed, Science Direct e Google Acadêmico além de publicações oficiais do governo. Abrangendo artigos publicados entre os anos de 1990 e 2017.

Desta forma, buscaram-se artigos que respondessem a questão da revisão adotando os seguintes critérios de inclusão: artigos que abordavam o correto descarte do lixo hospitalar e sua importância; artigos indexados nas bases de dados já citadas; artigos publicados em

português e artigos com resumos e textos completos disponíveis online. Critérios de exclusão: artigos publicados em ano anterior a 1995 e cuja abordagem sobre os RSS não se fazia de forma clara.

Para inclusão nos estudos realizou-se leitura do resumo e título de cada artigo para verificar a pertinência da pesquisa com a questão norteadora desta investigação. Foi feita leitura integral de todos artigos que se enquadraram nos critérios de inclusão deste estudo. Para facilitar a pesquisa de literatura, utilizou-se palavras chaves como os resíduos de serviço de saúde, saneamento básico, meio ambiente, saúde. Fez-se uma leitura analítica onde foram selecionados alguns artigos que contextualizavam com o interesse alvo para então ocorrer a construção do artigo.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segundo a OMS, a saúde pública busca promover, proteger e recuperar a saúde da população. [...] “Além de conservar e melhorar a saúde, a saúde pública se encarrega de prevenir a doença, orientando não apenas o homem doente, mas também o homem sadio, investigando as causas das doenças que existem no ambiente que o rodeia” (PHILIPPI JR, 2005, p.20).

O correto descarte dos RSS e a classificação destes em cinco grupos encontram-se indicado legalmente pela ANVISA e pela Resolução RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004, com o intuito de empregar medidas técnicas, administrativas e normativas para prevenir acidentes, preservando a saúde pública e o meio ambiente (BRASIL, 2004).

A Resolução 05/93 do CONAMA em 1993, divide o lixo entre os grupos A, B, C e D:

[...] GRUPO A: resíduos que apresentam risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente devido a presença de agentes biológicos [...] GRUPO B: resíduos que apresentam risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente devido às suas características químicas [...] GRUPO C - rejeitos radioativos[...] GRUPO D: resíduos comuns são todos os demais que não se enquadram nos grupos descritos anteriormente.

Seguindo Resolução RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004 da ANVISA, estes resíduos classificados nestes cinco grupos, sendo o grupo A representado pelos resíduos potencialmente infectantes, sendo assim uma das categoria mais perigosa, pois ela contém ou pode conter a presença de agentes biológicos, com riscos de infecção. Este grupo é dividido em cinco subgrupos que vão de A1 a A5.

Os resíduos classificados no grupo A1 são aqueles de:

Culturas e estoques de microrganismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de

manipulação genética; Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes classe de risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido; Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta; Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre (BRASIL, ANVISA, RDC nº. 306.).

Já os resíduos do grupo A2 são:

Carcças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anátomo-patológico ou confirmação diagnóstica; (BRASIL, ANVISA, RDC nº. 306.).

Os resíduos classificados como A3 são as

Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou familiares; (BRASIL, ANVISA, RDC nº. 306.).

Na classificação como A4 estão os

Kits de linhas arteriais, endovenosas e dializadores, quando descartados; Filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares; Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com prions. Resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo; Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre; Peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica; Carcças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações; e Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão. (BRASIL, ANVISA, RDC nº. 306.).

E Finalmente, classificados como A5,

Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com prions (BRASIL, ANVISA, RDC nº. 306.).

Apesar, da evolução, em relação às melhorias da destinação do lixo hospitalar nos últimos anos, pode-se perceber que nem todas as unidades de saúde seguem a legislação brasileira, e em muitas cidades estes resíduos são jogados em lixões a céu aberto. conforme Moreira & Günther (2016), num estudo feito especificamente com resíduos de serviços de saúde em Unidades Básicas de Saúde, dia que: "... foram identificadas falhas de gestão, de operação e na infraestrutura ... Essa situação indica que os requisitos legais não estão sendo cumpridos, colocando em risco a segurança de profissionais da saúde e limpeza, assim como de usuários, acompanhantes, trabalhadores da coleta externa, catadores e mesmo do ambiente."

Porém, o gerenciamento desses resíduos é apresentado como incontestável e requer não apenas a organização e sistematização dessas fontes geradoras, mas fundamentalmente o despertar de uma consciência humana e coletiva quanto à responsabilidade com a própria vida humana e com o ambiente. Requer conhecimentos dos profissionais que atuam nesses ambientes um trabalho de cooperação, de forma coletiva, para o êxito do processo de gerenciamento. A colaboração desses profissionais no gerenciamento dos resíduos ultrapassa o limite da individualidade e passa a desenvolver um significado coletivo no trabalho (CORRÊA, 2005).

Para os gestores nas esferas municipais, estaduais ou federais, é preciso entender que em especial os resíduos dos serviços de saúde (RSS), deverá ser considerado de fundamental importância à implementação de políticas de gerenciamento nos mais diversos serviços ou estabelecimentos (ANVISA, 2006).

É fundamental que se desperte para a problemática dos resíduos sólidos de serviços de saúde, e que se exija dos profissionais da saúde, bem como de todos os indivíduos envolvidos neste processo, um posicionamento consciente e disponibilidade para colaborar na busca de soluções. Ações que estão voltadas ao compromisso, à responsabilidade com a natureza, com o ambiente e sobre tudo com a vida no planeta (VIEIRA, 2010, VIEIRA et al. 2016).

O setor da enfermagem tem papel fundamental no gerenciamento dos resíduos, considerando-se que está diretamente envolvido na geração de RSS, sendo frequentemente designado para a gestão administrativa de unidades de saúde por compreender a complexidade e a organização desses serviços.

Diversos autores afirmam que, a maior frequência de acidentes de trabalho em hospitais sucede na enfermagem e defendem este argumento porque os trabalhadores estão expostos a riscos advindos do desenvolvimento de atividades assistenciais diretas e indiretas,

cuidados prestados diretamente a pacientes e em organização, limpeza, desinfecção de materiais, de equipamentos e do ambiente (RIBEIRO & SHIMIZU, 2007).

Com base no Art. 94 da ANVISA "Os materiais perfuro cortantes devem ser descartados em coletores identificados, rígidos, providos com tampa, resistentes à punctura, ruptura e vazamento". Também ficou claro, se caso alguma pessoa ou funcionário da unidade for contaminado com algum tipo de RSS, recebe todo tratamento necessário para que não haja nenhuma complicação e proliferação de bactérias no organismo e conseqüentemente uma doença. Segundo FERREIRA (1995, apud Turnberg&Frost, 1990): "Entre os trabalhadores que atuam na limpeza e remoção dos resíduos hospitalares, a preocupação com AIDS e Hepatite B transmitidas pelos resíduos aumentou consideravelmente, embora não exista comprovação epidemiológica de tal transmissão".

A relação entre resíduos de serviços de saúde e infecção hospitalar remonta as normas de biossegurança, assim, Soluri et al.(2015), destaca que para se evitar a contaminação os trabalhadores responsáveis pelo manuseio destes resíduos, nos locais de armazenamento devem está utilizando Equipamento de Proteção Individual - EPI.

Em relação ao acondicionamento dos resíduos até o momento da coleta e destinação final, percebe-se que existe uma preocupação das unidades de saúde em dispor de um espaço separado dos demais compartimentos onde são acondicionados todos os resíduos de serviço de saúde do estabelecimento até o dia da coleta, conforme descrita pela ABNT. Referente ao parágrafo 4.6.1, quanto a forma de armazenamento:

Os resíduos de serviços de saúde têm que ser armazenados de acordo com norma de segregação e de forma ordenada. 4.6.1.2 Os recipientes contendo resíduos (recipientes lacrados) devem ser armazenados no abrigo de resíduos, mesmo quando dispostos em contêineres. 4.6.1.3 Não se admite a permanência de resíduos que não estejam devidamente acondicionados em sacos plásticos. 4.6.1.4 O abrigo de resíduo não deve ser utilizado para guarda ou permanência de utensílios, materiais, equipamentos de limpeza ou qualquer outro objeto. A guarda de materiais e utensílios para a higienização do abrigo deve ser feita em local próprio, anexo a este. 4.6.1.5 O acesso ao abrigo de resíduo é restrito aos funcionários da coleta interna II e aos do serviço de coleta externa. 4.6.1.6 Para entrar no abrigo de resíduo, o funcionário deve usar os mesmos EPI utilizados na coleta interna I. 4.6.1.6 Para entrar no abrigo de resíduo, o funcionário deve usar os mesmos EPI utilizados na coleta interna.

Em relação aos enfermeiros que fazem o gerenciamento destes serviços, notou-se que estes profissionais algumas vezes não tem conhecimento da importância do descarte correto,

conforme descrito por conhecimento, a respeito dos benefícios da relação entre saneamento básico e meio ambiente, para promoção e prevenção da saúde da população

## CONCLUSÃO

O desenvolvimento da atual pesquisa foi realizada para que as possibilidades de análise fossem procedidas por profissionais da saúde, permitindo uma visão da gestão de resíduos na unidade investigada, numa reflexão acerca dos benefícios à saúde da população e problemas que podem ser enfrentados por incompetências profissionais ou até mesmo do gerenciamento da unidade, além disso, permite a compreensão da correlação de saúde com o meio ambiente.

De um modo geral, observou-se que a maioria das Unidades Básicas de Saúde, não demonstraram preocupação com o saneamento da instituição, porém, ainda notam-se falhas com o plano de gerenciamento dos resíduos. Sendo partes do manuseio, classificação, segregação e armazenamento feitas de forma errônea.

Apesar disso, nos ambientes das unidades, observou-se favorável ao atendimento dos pacientes, e segurança dos funcionários sem correr o risco de acidentes com sérias infecções, pois a grande parte dos resíduos com este potencial encontravam-se em situação de correto descarte.

Muitos profissionais de saúde demonstram interesse e sabem da importância quanto à forma ideal do descarte dos resíduos de serviços de saúde, visto que, garantem medidas profiláticas para o bem-estar da população.

É de suma importância que os profissionais de saúde promovam aos cidadãos palestras de educação em saúde a respeito das melhorias que um ambiente limpo e sustentável traz à saúde.

Por fim, fica claro, que saneamento, saúde e ambiente andam interligados, visto que sem saneamento básico adequado, não existe meio ambiente sadio, e sem esses dois determinantes não existem condições de vida necessárias para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

## REFERÊNCIAS

[ABNT] Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR-10004: Resíduos sólidos-classificação. Rio de Janeiro; 1987.

BRASIL. Presidência da República. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução no 306, de 07 de dezembro de 2004. Diário Oficial da União, 10 de Dezembro de 2004.

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 306 de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da União 2004; 10 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília, 2006, p.43

COELHO, H. Gestão de rejeitos em saúde: como descartar, aproveitar e gerenciar. Jornal da Associação Nacional de Biossegurança, Rio de Janeiro, ano 3, n.10, 2003

FERREIRA, J. A. Resíduos Sólidos e Lixo Hospitalar: Uma Discussão Ética. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, abr/jun, 1995. Disponível em: <http://w.scielo.br/pdf/csp/v11n2/v11n2a14.pdf>. Acesso em: 29 de maio de 2017.

Jus Brasil- Art. 196 da Constituição Federal de 88. Disponível em:

<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/.../artigo-196-da-constituicao-federal-de-1988> Acesso em 18 de março de 2017.

Ministério do Meio Ambiente- Resolução CONAMA- 05/93. Disponível em: [www.mma.gov.br/port/conama/res/res93/res0593.html](http://www.mma.gov.br/port/conama/res/res93/res0593.html). Acesso em: 31 de maio de 2017.

PHILIPPI JR, A. Saneamento, saúde e ambiente: Fundamentos para um desenvolvimento sustentável. 2 ed. Barueri, SP:Manole,2005.

Portal Educação- A Conferência de Estocolmo -1972. Disponível em:<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/biologia/a-conferencia-de-estocolmo-1972/20058>. Acesso em 18 de março de 2017.

MOREIRA A.M.M, GÜNTHER, W.M.R. Gerenciamento de resíduos sólidos em unidades básicas de saúde: aplicação de instrumento facilitador. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2768.

RIBEIRO, Emílio Jose Gonçalves; SHIMIZU, Helena Eri. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, 2007 set-out; 60(5): 535-40. Disponível em: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.reben.abennacional.org.br/exportar/1201/v60n5a10.pdf&gws\\_rd=cr&ei=Vz4wWdT5I42uwgS21baoCA](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.reben.abennacional.org.br/exportar/1201/v60n5a10.pdf&gws_rd=cr&ei=Vz4wWdT5I42uwgS21baoCA)>. Acesso em: 01 de junho de 2017.

SOLURI, Daniela; NETO, Joaquim; ALMEIDA, Nival Nunes de. SMS- Fundamentos em Segurança, Meio Ambiente e Saúde. 1.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2015.

TURNBERG, W. L. & FROST, F. Survey of occupational exposure of waste industry workers to infectious waste in Washington state. American Journal of Public Health, 80: 1262-1264, 1990. Disponível em: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.80.10.1262>. Acesso em: 31 de maio de 2017.

VIEIRA, G. N. Elaboração de um plano de gerenciamento dos resíduos sólidos em uma

unidade básica de saúde. Especialização em vigilância Ambiental. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2010.

VIEIRA, C.S.; NAZARI, M. T.; GONÇALVES, C. S. E CORRÊA, L. B. Manejo de resíduos de serviços de saúde em uma Unidade Básica de Saúde vinculada a uma Instituição de Ensino Superior. Ciência e Natura, Santa Maria v.38 n.3, 2016.

## ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: PROPORCIONANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE

Viviane Alves Damasceno<sup>1</sup>; Elaine Alane Batista Cavalcante<sup>2</sup>

1 – Aluno do curso de enfermagem da FAI

2 – Docente do curso de Enfermagem da FAI

### RESUMO

**Introdução:** A importância da esterilização de materiais nos serviços de saúde se dá para promover, preservar e reestabelecer a segurança e a saúde do usuário destes materiais. **Objetivos:** identificar os conceitos mais importantes relacionados à esterilização de materiais e discutir o papel dos profissionais na segurança do paciente. **Métodos:** Esta abordagem será feita com revisão de literatura descritiva e qualitativa que serão explanadas no decorrer deste estudo. **Resultado e conclusões:** Os resultados apresentados citam uma revisão de conceitos básicos referentes ao tema sob a visão brasileira e norte americana, trazendo a tona questões de cunhos éticos relativos aos erros que culminam prejuízos à saúde e a segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Microbiologia. Esterilização de Materiais. Segurança do Paciente.

### INTRODUÇÃO

A teoria dos germes que podiam provocar doenças acendeu a curiosidade e preocupação de todos, desenvolvida pelos microbiologistas Louis Pasteur e Robert Koch que conceituaram microrganismos como agentes causadores de diversas patologias (LUENGO, 2007). Sem dúvidas com esta tese iniciou-se a era de melhorias das práticas médicas, assim combatendo os germes causadores de diversos males.

Portanto, ao longo da história o homem passou a se preocupar com a limpeza de objetos utilizados para fins diversos, isso se deve principalmente quando ao observar que boa parte das enfermidades que o assolava era devido à má higienização no pré-uso destes elementos (JORGE, 2008).

Com isso, a remoção microbiológica dos materiais de serviços de saúde é de grande relevância para evitar possíveis infecções e garantir a segurança do paciente/cliente e profissionais envolvidos no seu uso. Para isso, a microbiologia (ciência que estuda os microorganismos) desempenha papel de extrema importância para a esterilização dos materiais em questão, pois conhecendo os micróbios é possível saber como eliminá-los (JORGE, 2008).

Os materiais de serviços de saúde agem como vetores/veículos para micróbios e devem ser corretamente esterilizados para a total eliminação destes a fim de prevenir

contaminações, com isso devem-se conhecer quais os métodos utilizados para melhor eficiência do processo de higienização destes artigos (WAIZBORT, 2001).

De acordo com a ANVISA (2012), todo o processo de esterilização de materiais deve ser feito no Centro de Materiais e Esterilização (CME) devendo este atender a todos os requisitos da RDC 15/2012 que visa padronizar os procedimentos para manter materiais estéreis.

A importância da esterilização de materiais nos serviços de saúde se dá para promover, preservar e reestabelecer a segurança e a saúde do usuário destes materiais, diante disto é necessário ter conhecimento acerca de tal tema para compreender que este procedimento quando bem feito tem como objetivo evitar diversas contaminações em relação às infecções oriundas dos serviços de saúde (ASCARI, 2013).

Os profissionais de saúde devem ter conhecimento que a segurança do paciente implica em boa parte do seu trabalho, bem como saber identificar possíveis erros que acarretam danos a integridade do paciente, isso vem sendo trabalhado nas graduações brasileiras e trata-se de uma recomendação necessária para todos os profissionais da área da saúde (DE OLIVEIRA, et al, 2017).

A remoção de microrganismos de ambientes está explícita em todos os hospitais, precisamente em centros cirúrgicos que necessitam de maior cuidado em relação à higienização, com os materiais utilizados não seriam diferentes, principalmente por estarem em contato direto com agentes biológicos podendo carregar consigo germes que não devem ser transmitidos tanto para os pacientes imunodeprimidos quanto para os demais (DE ANDRADE; ANGERAMI; PANDOVANI, 2000).

A preocupação quanto à segurança dos usuários dos serviços de saúde é crescente, visto que as instituições e até mesmo o governo buscam a melhoria dos serviços prestados como forma de garantia de melhores condições ao atendimento destes indivíduos para evitar prejuízos à saúde e o bem estar destes (OLIVEIRA et al., 2014).

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é identificar os conceitos mais importantes relacionados à esterilização de materiais e discutir o papel dos profissionais na segurança do paciente. Portanto, ao escolher este tema buscou-se considerar a importância dos bons hábitos de higienização de materiais em serviços de saúde e mostrar que são de grande relevância para conservar a saúde e a segurança do paciente dentro das melhores condições possíveis.

## MÉTODOS

A metodologia utilizada foi revisão de literatura, qualitativa e integrativa, que consiste basicamente em verificar artigos e publicações de periódicos que abordem o tema proposto de forma que se adeque aos objetivos apresentados para a construção deste estudo.

Verificou-se em diversas revistas eletrônicas da área da saúde por artigos, periódicos e RDCs da ANVISA que abordavam assuntos relacionados ao tema. Nessa perspectiva, as bases de dados utilizadas foram a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO, Virtual Health Library (VHL) entre outras, além de bibliotecas virtuais de universidades, selecionando artigos dos períodos de 1990 até 2017.

Para a busca nesses bancos de dados, os descritores utilizados foram os seguintes: Descritores isolados: *esterilização, materiais, segurança e paciente*; descritores combinados: *esterilização e materiais, esterilização e paciente, segurança e paciente e esterilização e segurança*. Além desta pesquisa em língua portuguesa fez-se o uso de descritores em inglês isolados (sterilization, patient, safety, health) e combinados (sterilization and health, sterilization and safety, sterilization and materials) a fim de verificar qual era a concepção norte-americana sobre a esterilização de materiais. Com isso foi possível examinar a amplitude dos estudos para fazer possíveis comparativos quanto à esterilização de materiais na concepção de diversos autores.

Visando melhorar a abordagem para análise dos materiais a serem utilizados buscou-se fazer uso da técnica de Bardin que propõe a análise de conteúdo dividido em três etapas: A pré-análise, em que se organiza o material que será utilizado para a próxima etapa da técnica; A segunda etapa diz respeito à investigação do material estabelecendo classificações para este; e a terceira o tratamento de dados que diz respeito ao destaque e a análise crítica do material (BARDIN, 2006).

Ao fazer a pré-análise e selecionar as publicações foi utilizado um total de 14 artigos e resoluções que abordaram o tema proposto. Foi possível observar que, alguns destes estudos tinham embasamento na normativa brasileira para conceituar e regimentar as ações relacionadas à esterilização de materiais e serviços de saúde, a segurança do paciente e as infecções hospitalares.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

### CONCEITUANDO E DISCUTINDO A ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS

Para o CDC (Centers for Disease Control and Prevention) norte-americano, esterilização é definida como um processo que destrói e elimina todas as formas de vida

microbiana e são realizados em serviços de saúde por meios físicos e químicos, os principais agentes utilizados são o vapor pressurizado, calor seco, plasma de peróxido de hidrogênio e alguns químicos líquidos para esta finalidade, a esterilização tem um significado pleno:

[...], no entanto, alguns profissionais de saúde e a literatura técnica e comercial referem-se à "desinfecção" como "esterilização" e itens como "parcialmente estéril". Quando os produtos químicos são usados para destruir todas as formas de vida microbológica, eles podem ser chamados esterilizantes químicos. Estes mesmos germicidas usados para os períodos de exposição também podem fazer parte do processo de desinfecção (isto é, desinfecção de alto nível) (CDC, 2008).

Conforme defendido pela ANVISA (BRASIL, 2010) na RDC nº 35 de 16 de agosto de 2010, esterilização é um método que objetiva a isenção de todos os microrganismos de um artefato muito ou pouco afetado pela presença destes. E os esterilizantes são produtos que tem como fim a ação de esterilização de micróbios até mesmo os esporos bacterianos.

Tanto para o CDC (2008, p.8) quanto para a ANVISA (2010, p.2) os desinfetantes de alto nível irão eliminar os microrganismos presentes em artigos, mas não terão ação na destruição de grande número de esporos bacterianos, desinfetantes de nível intermediário podem destruir a maioria dos fungos e vírus além de eliminar microbactérias e bactérias em estado vegetativo.

É necessário fazer uma análise dos artigos que são esterilizados e descrever como estes objetos são classificados e se há unanimidade quanto a isto. Com isso sabe-se que os artigos são divididos em três categorias, os críticos, semicríticos e não-críticos. Os críticos e semicríticos constituem maior relevância para a esterilização de materiais a qual requer mais empenho para a realização e prevenção de possíveis contágios (PRADO, 2008).

Para o CDC (2008) os críticos são aqueles que têm alto risco de contaminação por micróbios e podem transmitir doenças, estes são os que têm contato direto com sistemas internos do paciente, bem como os instrumentos cirúrgicos, cateteres cardíacos e urinários. Devendo estes apresentar-se de forma estéril quando adquiridos pelos fornecedores.

A ANVISA em 1994 estabeleceu que artigos críticos que fossem designados para penetração da pele e demais mucosas corporais assim como os semicríticos que entram em contato com pele não-integra e mucosas íntegras, se fossem resistentes a altas temperaturas deveriam passar pela autoclavagem para garantir que não houvesse contaminação (BRASIL, 1994). O mesmo órgão na RDC nº 35, de 16 de agosto de 2010, descreve igualmente os critérios anteriormente citados, que tanto os artigos críticos quanto semicríticos devem ser submetidos à esterilização (BRASIL, 2010).

Entender o conceito de esterilização possibilita fazer uma associação de como esta técnica pode eliminar microrganismos de materiais usados em procedimentos hospitalares e

ambulatoriais bem como sua eficácia. Para Moriya e Modena (2008), esterilização é um método para remoção de diversas formas de organismos microbianos através de agentes físicos e ou químicos, contudo este processo requer a lavagem e enxague das peças antes da sujeição a este procedimento.

Há diversas técnicas de esterilização de materiais, como a do uso de calor que é a mais propagada. Além disto, estas técnicas são usadas não somente para limpeza de materiais médico-hospitalares, mas também em indústrias alimentícias, farmacêuticas e de produtos cosméticos para garantir a integridade dos seus produtos, pois estes podem sofrer biodeterioração (COUTO, 2012).

Segundo Couto (2012), a técnica de esterilização empregada depende muito da finalidade escolhida bem como do tipo de material e a quantidade de micróbios presentes no material, para que sejam avaliadas as vantagens do método tal como suas desvantagens.

Há ainda estudos que apontam que os novos métodos para esterilização desenvolvidos nos últimos anos tem se mostrado de grande relevância para garantia da sua eficácia:

Nos últimos anos, novos métodos de desinfecção e esterilização foram introduzidos nos ambientes de cuidados de saúde. O OPA é um esterilizante químico que recebeu autorização da FDA em outubro de 1999. Ele contém 0,55% de 1,2-benzenodicarboxaldeído. Estudos *in vitro* demonstraram excelente atividade microbida. Por exemplo, Gregory et al. demonstraram que a OPA mostrou atividade micobactericida superior (redução de 5 log 10 em 5 min), quando comparada com glutaraldeído. (RUTALA; WEBER, 2004)

A progressão histórica das Infecções Hospitalares (IH) mostra que a descoberta do mundo bacteriológico promoveu diversas ações em prol da segurança do paciente, dentre algumas a mais relevantes para o controle das IH estão a lavagem das mãos e o controle ambiental que a esterilização e desinfecção de artigos e outros materiais esta inserida (BOAS; RUIZ, 2004).

Nos serviços de saúde a esterilização de materiais é realizada na Central de Materiais Esterilizados (CME) e de acordo com Leite (2008):

A CME é uma unidade de apoio técnico dentro do estabelecimento de saúde destinada a receber material considerado sujo e contaminado, descontaminá-los, prepará-los e esterilizá-los, bem como, preparar e esterilizar as roupas limpas oriundas da lavanderia e armazenar esses artigos para futura distribuição.

De acordo com a RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002 a CME "Deve existir quando houver centro cirúrgico, centro obstétrico e/ou ambulatorial, hemodinâmica, emergência de alta complexidade e urgência." Dispondo de outras divisões ambientais para

seu funcionamento o CME não deixa de ser o espaço mais importante quando há presença destes centros em determinado local de serviços de saúde (BRASIL, 2002).

Entretanto o que alguns autores têm mostrado é que a CME está diretamente integrada ao centro cirúrgico (CC), pois não podemos pensar em CC sem pensar em esterilização de materiais, isso se deve ao fato dos procedimentos realizados no CC serem invasivos, e a maioria dos internados não deixará de passar por processos invasivos para a reabilitação de sua saúde. Com isso é possível notar que grande parte dos microorganismos envolvidos em infecções hospitalares deriva do centro cirúrgico, através de materiais contaminados (OURIQUES; MACHADO, 2013).

Para Neto (2006) a segurança do paciente é definida como “[...] a redução e mitigação de atos não seguros dentro do sistema de assistência à saúde, assim como a utilização de boas práticas para alcançar resultados ótimos para o paciente.”

Com isso é de grande relevância que os profissionais de saúde busquem conhecer com profundidade que estes conceitos definem como as praticas de saúde devem contribuir para a integridade dos clientes. Com isso De Camargo Silva (2010) aponta que:

A preocupação com qualidade do cuidado e com a segurança do paciente nas instituições de saúde tem surgido em âmbito global. O movimento em prol da segurança do paciente teve seu início na última década do século XX, após a publicação do relatório do *Institute of Medicine* dos EUA que apresentou os resultados de vários estudos que revelaram a crítica situação de assistência à saúde daquele país. Dados apontaram que de 33,6 milhões de internações 44.000 a 98.000 pacientes, aproximadamente, morreram em consequência de eventos adversos.

Além disto, um grande desafio para a segurança do paciente é a ideia que o sistema comete falhas e o profissional também, portanto, não são utilizadas medidas corretivas nem de análise de erros para prevenir que estes tenham efeitos negativos a saúde do paciente e que voltem a se repetir (DE CAMARGO SILVA, 2010).

A concepção de perfeição dos serviços de saúde é contraditória em relação às falhas que ocorrem nestes, embora o empenho e aplicação dos conhecimentos pessoal sejam fatores relevantes estes não garantem a suficiência para a manutenção da segurança dos clientes, e temendo as repressões por suas falhas os profissionais as ocultam, e para tanto se as instituições e seus funcionários continuarem a seguir esta forma de lidar com os erros caminharam para a exoneração das responsabilidades, assim provocando danos que não serão boicotados (NETO, 2006).

De acordo com Oliveira, Damasceno e Ribeiro (2009) as IH no ambiente pós-cirúrgico principalmente, é decorrente de falhas para com a esterilidade e desinfecção de materiais, falhas estas que podem ser evitadas com o reprocessamento dos artigos para garantir que estes

não possam causar danos à integridade do paciente, melhorando as prevenções acerca de tal assunto. Ressaltando ainda que:

As evidências de tais falhas surgiram após investigações realizadas nos serviços de saúde, em que se constatou que os instrumentais cirúrgicos estavam sendo submetidos somente à desinfecção, e não à esterilização, e as centrais de material esterilizado apresentavam condições precárias de funcionamento, sem registros e validação de processos de limpeza, desinfecção e esterilização. (OLIVEIRA; DAMASCENO; RIBEIRO, 2009, p. 448)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que foi abordada, a esterilização se constitui um método para a remoção das vidas microbiológicas de artigos tanto em serviços de saúde como na indústria em geral. Está técnica contribui para a segurança do paciente através da prevenção de infecções oriundas dos serviços de saúde bem como uma medida eficaz para que os profissionais tenham condições adequadas para realização plena de suas atividades.

Embora os conceitos de esterilização não variem muito para determinados órgãos da saúde pública nacionais e internacionais, consta-se que a nível internacional estas parições possuem manuais claros e unificados para as definições e condutas em relação a esta técnica.

Para garantir a integridade dos clientes dos serviços de saúde faz-se necessário o conhecimento teórico dos profissionais para prevenir que possíveis erros aconteçam bem como a esterilização se faz um método para remoção de micróbios e prevenção das infecções advindas deste setor.

A educação continuada constitui-se um dos principais meios para a validação dos conhecimentos em relação à segurança do paciente além é claro das questões éticas relacionadas, que devem ser consideradas e debatidas pela equipe que compõe o ambiente de saúde, assim como avaliadas possíveis falhas dos profissionais e da equipe para com o cliente.

As vantagens que a expansão do conhecimento e das tecnologias nos trás, revela que o serviço de saúde tem a capacidade de aplicar cuidado com eficiência, garantido o aperfeiçoamento das técnicas, protocolos e dos profissionais existentes.

## REFERENCIAS

ASCARI, R. A et al. **O processo de esterilização de materiais em serviços de saúde: uma revisão integrativa.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, 2013. Disponível em: <[http://www.mastereditora.com.br/periodico/20130831\\_181149.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20130831_181149.pdf)>. Acesso em: 16 de maio de 2017.

BARDIN, L. (2006). **Análise de conteúdo (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.)**. Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977)

BÔAS, Paulo José Fortes Villas; RUIZ, Tânia. **Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário**. Revista de saúde pública, v. 38, n. 3, p. 372-378, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n4/v5n4a03>>. Acesso em: 23 de maio de 2017.

BRASIL. Resolução RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Aprova o **'Regulamento Técnico que estabelece os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde'**. Órgão emissor: ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015\\_15\\_03\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html)>. Acesso em: 23 de Maio de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 35 de 16 de agosto de 2010**. Internaliza a Resolução GMC MERCOSUL nº 19/2010 e revoga a Portaria 15, de 23 de agosto de 1988. Diário Oficial da União [da União da República Federativa do Brasil], Brasília, 18 ago. 2010. Disponível em: <[http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/U\\_RDC-ANVISA-35\\_160810.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/U_RDC-ANVISA-35_160810.pdf)>. Acesso em: 23 de maio de 2017.

CDC. RUTALA, W. A.; WEBER, D. J. **Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities, 2008**. Centers for Disease Control (US), 2008. Disponível em: <[https://www.cdc.gov/hai/pdfs/disinfection\\_nov\\_2008.pdf](https://www.cdc.gov/hai/pdfs/disinfection_nov_2008.pdf)>. Acesso em: 27 de maio de 2017.

COUTO, Marcelo. **Diversidade nas técnicas de esterilização**. Revista da Sociedade Brasileira de Controle de Contaminação (Online). v. 53, p. 10-17, 2012. Disponível em: <<http://nascecmec.com.br/2014/wp-content/uploads/2014/07/10-17-esterizacao.pdf>>. Acesso em: 27 de maio de 2017.

DE ANDRADE, Denise; ANGERAMI, Emília LS; PADOVANI, Carlos Roberto. **Condição microbiológica dos leitos hospitalares antes e depois de sua limpeza**. Revista de saúde pública, v. 34, n. 2, p. 163-169, 2000. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/rsp/article/view/24999/26827>>. Acesso em: 16 de maio de 2017.

DE CAMARGO SILVA, Ana Elisa Bauer. **Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 12, n. 3, p. 422-4, 2010. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n3/v12n3a01.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a01.htm)>. Acesso em: 27 de maio de 2017.

DE OLIVEIRA, João Lucas Campos et al. **Segurança do paciente: conhecimento entre residentes multiprofissionais**. Einstein (16794508), v. 15, n. 1, 2017. Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/3871-50-57-Seguranca-do-paciente-conhecimento-entre-residentes-multiprofissionais.pdf>>. Acesso em: 16 de maio de 2017.

JORGE, Antonio Olavo Cardoso. **Princípios de biossegurança em odontologia**. Revista biociências, v. 8, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.unitau.br/ojs-2.2/index.php/biociencias/article/viewFile/60/38>>. Acesso em: 16 de maio de 2017.

LEITE, Flávia Borges. **Central de Material Esterilizado Projeto de Reestruturação e Ampliação do Hospital Regional de Francisco Sá**. Centro Universitário Euroamericano-UNIEURO, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo\\_CME\\_flavia\\_leite.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_CME_flavia_leite.pdf)>. Acesso em: 27 de maio de 2017.

LUENGO, Marcos B. **Uma revisão histórica dos principais acontecimentos da imunologia e da farmacologia na busca do entendimento e tratamento das doenças inflamatórias.** Revista Eletrônica de Farmácia, v. 2, n. 2, 2007. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/REF/article/view/1954>>. Acesso em: 27 de maio de 2017.

MORIYA, Takachi; MÓDENA, Jose Luiz Pimenta. **Assepsia e antisepsia: técnicas de esterilização.** Medicina (Ribeirão Preto. Online), v. 41, n. 3, p. 265-273, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/272/273>>. Acesso em 23 de maio de 2017.

NETO, Antonio Quinto. **Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde.** Revista de administração em saúde, v. 8, n. 33, p. 153-58, 2006. Disponível em: <[http://www.nascecme.com.br/artigos/RAS33\\_seguranca.pdf](http://www.nascecme.com.br/artigos/RAS33_seguranca.pdf)>. Acesso em 29 de maio de 2017.

OLIVEIRA, A. C.; DAMASCENO, Q. S.; RIBEIRO, Silma M.C.P. **Infecções relacionadas à assistência em saúde: desafios para a prevenção e controle.** Revista Mineira de Enfermagem, v. 13, n. 3, p. 445-450, 2009. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/211>>. Acesso em: 31 de maio de 2017.

OLIVEIRA, Roberta Meneses et al. **Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nexAction=lnk&exprSearch=704662&indexSearch=ID>>. Acesso em 29 de maio de 2017.

OURIQUES, C.M; MACHADO, M.E. **Enfermagem no processo de esterilização de materiais.** Texto & contexto enferm, v. 22, n. 3, p. 695-703, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a16.pdf>>. Acesso em: 16 de maio de 2017.

PRADO, Maria Emiliania Magalhães; DOS SANTOS, Silvana Soléo Ferreira. **Avaliação das condições de esterilização de materiais odontológicos em consultórios na cidade de Taubaté.** Revista Biociências, v. 8, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://revistas.unitau.br/ojs-2.2/index.php/biociencias/article/viewFile/51/29>>. Acesso em: 23 de maio de 2017.

RUTALA, William A.; WEBER, David J. **Disinfection and sterilization in health care facilities: what clinicians need to know.** Clinical infectious diseases, v. 39, n. 5, p. 702-709, 2004. Disponível em: <<https://academic.oup.com/cid/article/39/5/702/2022846/Disinfection-and-Sterilization-in-Health-Care>>. Acesso em: 29 de maio de 2017.

WAIZBORT, Ricardo Francisco. **A era do controle biológico: quando a cultura invade a natureza-uma abordagem Darwinista.** Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas, v. 2, n. 17, p. 2-15, 2001. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/936/4398>>. Acesso em: 16 de maio de 2017.

## DISCUTINDO A DISTANÁSIA NO ÂMBITO HOSPITALAR

Ivanildo Caetano daSilva<sup>1</sup>; Luana QueirozOliveira<sup>1</sup>; Ianca Aparecida CarvalhoLima<sup>1</sup>; João Nato Nascimento deSá<sup>1</sup>; Jhonathan Galdino dosSantos<sup>1</sup>; Marcos Vinícius OliveiraCarneiro<sup>2</sup>; GrazzieleBomfim<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Graduando do Curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Irecê (FAI)-BA, prof.ivancaetano@gmail.com;

<sup>2</sup>Professor orientador: Graduado em Educação Física e Mestre em Ciências, professor da Faculdade Irecê

<sup>3</sup>Professora orientadora: Graduada em Psicologia com ênfase em Saúde, Pós graduação em Saúde Mental, professora da Faculdade Irecê

**RESUMO:** O estudo teve como objetivos analisar, refletir e discutir sobre a visão dos profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, no que se refere à distanásia. A morte e o morrer são vistos e refletidos de forma diferente, dependendo muito da cultura que o indivíduo está inserido. Na tentativa de negar a existência da finitude humana e movido pelo princípio moral de preservar a vida, o profissional da saúde determina-se a utilizar um arsenal terapêutico para prolongar o tempo de morte, configurando a distanásia. A elaboração do presente artigo baseou-se em informações encontradas em dados bibliográficos de ética/bioética, de artigos científicos, utilizando fontes de informações, como: SCIELO, PUBMED, GOOGLE ACADÊMICO, GOOGLE DOCS e revistas científicas. A distanásia ainda é pouco conhecida, porém é bastante praticada, ao contrário de seu antônimo, 'eutanásia', que a todo instante ganha manchetes e causa debates.

**PALAVRAS-CHAVE:** Distanásia. Eutanásia. Percepções. Processos Históricos. Finitude Humana.

### INTRODUÇÃO

O ciclo de vida é constituído pelo nascimento, crescimento, reprodução e morte. Esses eventos são naturais e próprios para a construção da vida humana. Para algumas pessoas esses processos evolutivos não seguem iguais. A morte e o morrer são vistos e refletidos de forma diferente, dependendo da cultura que o indivíduo está inserido. Desde os primatas, o cuidar faz parte da vivência humana, pois o ser humano sempre necessitou de cuidados, sejam eles preventivos, curativos ou paliativos.

Com o passar dos anos, nos dispomos de novos recursos tecnológicos. Aparelhos, fórmulas e máquinas são criadas, recriadas e substituídas frequentemente, a fim de possibilitar melhor prestação de cuidados às pessoas. Com as descobertas e avanços tecnológicos na área da saúde e ciência, tornam-se necessárias reflexões que suscitam perguntas: Como as pessoas lidam com a morte e o processo de morrer já que a palavra morte, principalmente nas sociedades ocidentais, de um modo geral, soa mal aos ouvidos, assusta e perturba os equilíbrios emocionais das pessoas, individual ou coletivamente, visto envolver muitos mitos e tabus? A morte é um dos mais autênticos problemas da existência humana. Kovács (1992),

conforme citado por Pereira e Lopes (2014), indica que não existe apenas uma morte, e sim várias, presentes em todo o processo evolutivo do ser humano, caracterizando uma percepção peculiar de cada indivíduo no que corresponde à representação da morte, atribuindo a estas formas, qualidades, e personificações.

“São múltiplos fatores que interferem e influenciam no modo como encaramos e reagimos à morte, tais como idade, saúde, cultura, religião, educação e vida social.” (SALOMÉ; CAVALLI; ESPÓSITO, 2009 apud PEREIRA; LOPES, 2014, s.p.). Souza relata que a representação da morte transformou-se ao longo do tempo:

[...] a morte, ou a sua representação, transformou-se: O homem no séc. XII reconhece a morte de si mesmo, mas no século XVIII ela é, antes de tudo, a morte do outro; ela é uma violação da vida cotidiana, uma ruptura, um interdito; a morte é a reafirmação de que a prosperidade do coletivo está ameaçada. Na possibilidade de impedi-la, vamos silenciá-la. (SOUZA, 2009, p. 18).

Os profissionais de saúde na tentativa desesperada de rejeitar a morte iminente, tão apavorante e incômoda, concentram-se nas máquinas e procedimentos, o único meio para prolongar o processo de morrer, ofertando cuidados terapêuticos excessivos, abusivos e desproporcionais. Enfim, os profissionais da saúde sabem e conseguem identificar a distanásia no dia a dia? E quanto à eutanásia e ortotanásia, será que os enfermeiros sabem conceituar? Quais os dilemas vivenciados pelos profissionais de saúde, posicionamento e atitudes cabíveis para tomada de decisão? Deve-se necessariamente submeter pacientes em fase terminal a tratamentos agressivos que só prolonga o sofrimento, sem qualidade de vida, acarretando gastos elevados para a instituição?

Toda vida humana tem inevitavelmente um fim, e é de fundamental importância que o processo final de vida ocorra respeitando a dignidade do morrente. Nem tudo o que é tecnicamente possível é eticamente correto. Perceber o momento de interromper um tratamento, com o objetivo de não prolongar o sofrimento gera muitas dúvidas nas Unidades de Terapia Intensiva. (SANTANA; RIGUEIRA; DUTRA, 2010, p. 403).

Na tentativa de negar a existência da finitude humana e movido pelo princípio moral de preservar a vida, o profissional da saúde determina-se a utilizar um arsenal terapêutico para prolongar o tempo de morte, configurando a distanásia que é, portanto, sinônimo de obstinação ou futilidade terapêutica, onde a tecnologia médica é usada para prolongar penosa e inutilmente o tempo de morte. A bioética, nas últimas décadas, vem discutindo sobre quais devem ser os limites de intervenção necessária e prudente sobre o indivíduo para se evitar a distanásia, lembrando-se que o avanço tecnológico e científico na medicina e nas ciências da

saúde aumentou o poder de intervenção sobre o ser humano e possibilitou o adiamento da morte, à custa, muitas vezes, de prolongamento e desnecessário sofrimento para os indivíduos e suas famílias.

A vida por ser considerada preciosa e uma dádiva deve ser preservada, mas, preservada independentemente de sua qualidade? Seria melhor o direito de escolher o modo de morrer? Essas e outras perguntas requerem bastantes reflexões, além do mais são questionamentos que circundam o pensamento dos enfermeiros diante dos dilemas vivenciados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Este estudo tem como objetivo trazer uma reflexão sobre o processo do prolongamento da vida de um paciente em fase terminal a qualquer custo, sem qualidade de vida, bem estar físico, psicológico e social. Visa também avaliar a percepção, comportamento e dilemas vivenciados pelos profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro.

## **METODOLOGIA**

O trabalho foi realizado por meio de uma revisão de literatura com base em pesquisas bibliográficas sobre a percepção, influências e o comportamento dos enfermeiros frente a pacientes terminais e, principalmente, o uso de procedimentos que podem proporcionar ao paciente terminal, a depender da situação, a distanásia, eutanásia e ortotanásia. A busca norteou-se a partir de informações encontradas em livros de ética/bioética médica, de artigos e revistas científicas. Os artigos científicos foram selecionados através das bases de dados: SCIELO, PUBMED, GOOGLE ACADÊMICO. Os limites convencionais foram: Língua Portuguesa, entre os anos de 2000 a 2017. As palavras-chave utilizadas foram: eutanásia, distanásia, ortotanásia e morte. As referências estrangeiras foram excluídas, por não atenderem a realidade brasileira, optando exclusivamente pelas pesquisas de cunho nacional.

Os artigos foram selecionados mediante o tempo de atuação do enfermeiro, considerando o tempo mínimo de 1 ano para análise. A avaliação das discussões parte dos temas emergidos das falas dos entrevistados. Verificou-se todas as informações, se corroboram ou não com os referenciais teóricos da ética/bioética médica e o conceito de distanásia, eutanásia e ortotanásia.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os enfermeiros foram educados para cuidar da vida, sendo a morte vista como resultado do fracasso, uma derrota. Diante de um paciente em fase terminal, sem expectativas de vida, a comunicação, que deve ser honesta e compassiva entre eles e os seus familiares, parece inadequada, isso devido a um despreparo por parte de muitos dos profissionais da

saúde, médicos e enfermeiros, que lidam com essa situação (ALVES; CASAGRANDE, 2016).

Com o avanço da tecnologia e do conhecimento em determinadas técnicas na medicina, principalmente dentro da UTI (Unidade de Terapia Intensiva), algumas situações que tempos atrás não seriam possíveis, devido aos recursos disponíveis, hoje se tornam comum. O prolongamento da vida constante devido a esses métodos e recursos tecnológicos exige uma mudança de conduta, melhoria e humanização na assistência que leva a omissão do suporte emocional ao paciente e seus familiares. A partir dessa premissa, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e feitas análises de artigos que embasasse a seguinte questão norteadora: qual a percepção dos enfermeiros sobre até quando prolongar a vida na unidade de terapia intensiva? Surgiu a partir do primeiro questionamento 3 categorias: 1) percepção da distanásia por parte dos (as) enfermeiros (as); 2) conceituar a distanásia, eutanásia e ortanásia; 3) respeito ao paciente no momento final de vida.

#### *A. Percepção da distanásia por parte dos (as) enfermeiros (as)*

Sabe-se que, com o avanço da medicina, tem sido possível manter a sobrevivência de pacientes graves por longos períodos na UTI (Unidade de Terapia Intensiva), com a ajuda das medidas de suporte de vida e do aparato tecnológico (SANTANA; RIGUEIRA; DUTRA, 2010).

Sendo assim, as identificações dos limites terapêuticos se tornam cada vez mais difíceis. Sem possibilidades de cura e uso contínuo para manter a vida sem perceber os limites, traduz-se em obstinação terapêutica gerando o prolongamento da agonia, do sofrimento e da morte. Desta forma faz-se com que as UTIs (Unidade de Terapia Intensiva) sejam vistas como um cenário gerador de dilemas éticos, no que se refere à excessiva utilização de tecnologias como terapêutica em pacientes fora de possibilidades, em que a morte é inevitável. Evidenciam-se atos através das falas de alguns dos enfermeiros, mencionados por Santana, Rigueira e Dutra, sobre a percepção da distanásia:

[...] durante os 11 anos de terapia intensiva, o que eu presenciei em relação a esses pacientes fora de possibilidades terapêuticas do ponto de vista médico foi a distanásia, então eu via o prolongamento do sofrimento mesmo... Em muitos lugares e em muitos profissionais... Haviam locais onde os profissionais entendiam a morte, que era o momento de parar, mas no plantão seguinte o outro profissional não acreditava nisso, ou tinha o ego muito aguçado, ou tinha uma vaidade muito pouca trabalhada e que fazia exatamente o que não tinha sido feito anteriormente[...] (ENF. 1). (SANTANA; RIGUEIRA; DUTRA, 2010, p. 404-405).

O enfermeiro, denominado ENF.3, além da percepção da distanásia, faz menção ao paciente terminal descrevendo sua situação, demonstrando-se indignado ao ver e apresentar o morrente aos familiares que, já não toleravam ficar perto devido ao odor ocasionado pelo uso excessivo de terapias, procedimentos e aparatos tecnológicos para manter a vida.

[...] já vivi várias fases... Trabalhei em várias UTIs que o paciente apodrecia em vida, de a gente ficar com vergonha na hora da chegada da família, porque o paciente tinha um odor tão fétido que a família já não tolerava ficar perto dele mais [...] (ENF.3). (SANTANA; RIGUEIRA; DUTRA, 2010, p. 405).

Já o enfermeiro ENF.5, faz um apelo ao reconhecimento da finitude humana a partir da compreensão da impotência às vezes diante de determinadas situações.

[...] já trabalhei em hospitais que são extremamente invasivos... O que é que acontece... Acho isso desumano... Do meu ponto de vista humano... Acho que a gente tem que entender que existe um fim para a vida... Temos que entender a nossa impotência às vezes diante de determinadas coisas [...] (ENF.5) (SANTANA; RIGUEIRA; DUTRA, 2010, p. 405).

Menezes, Selli e Alves (2009), apresentam dados relevantes à identificação e compreensão da distanásia. Os autores declaram que foi possível verificar que a maioria dos enfermeiros compreende e identifica a distanásia na unidade em que atuam.

[...] não tem perspectiva nenhuma de vida, assim é colocada uma terapêutica que normalmente é cara (S\$). A tecnologia disponível vem sendo usado de modo inapropriado e com exageros, cometidos em larga escala, principalmente no tratamento de doentes terminais. (MENEZES; SELLI; ALVES, 2009, p. 4).

Muitos pacientes são submetidos ao processo de morrer doloroso, angustiante, desnecessário e caro. Estafalarelata que são usados medicamentos e solicitados exames caros em pacientes sem perspectivas de vida. Percebe-se que pacientes terminais são submetidos a procedimentos e técnicas invasivas nas UTIs, relato que dá a entender que o sofrimento é maior que o benefício, pois a cura não será possível (MENEZES; SELLI; ALVES, 2009).

Um paciente terminal tem um prognóstico muitíssimo reservado, né? Um paciente em que foram feitas todas as medidas, todo o tratamento e que este paciente não tem... Tem mais o que ser feito para ele, tudo o que tinha que ser feito foi e agora, só manter conforto para ele e esperar com que a morte chegue(S1).(MENEZES; SELLI; ALVES, 2009, p. 4).

Perceber e entender cada fase do paciente terminal é de suma importância para orientar ações e comportamentos no relacionamento enfermeiro-paciente, enfatiza-se que não

se pode generalizar o cuidado aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, principalmente em relação à identificação das fases do processo do morrer, que podem assumir um caráter meramente classificatório caso o enfermeiro não assuma os valores e experiências individuais de cada paciente que estiver sob seu cuidado (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

Paciente terminal na evolução da doença chega a um determinado momento que não é mais possível recuperá-lo, de fato a morte é inevitável. As medidas terapêuticas nesse estágio apenas prolongam o sofrimento. Sempre imaginamos que não se podem fazer mais nada pelos pacientes terminais, a ideia de "fazer algo", restringe-se somente às medidas terapêuticas já que o termo "terminal" pressupõe, de forma inconsciente, o limite do processo do cuidar.

"[...] nenhum paciente é terminal no meu ponto de vista, tem paciente com limite terapêutico, o termo paciente terminal parece... Terminal parece que não tem o que fazer pelas pessoas, mas até na hora da morte tem sim, muito se faz pelos outros (S9)." (MENEZES; SELLI; ALVES, 2009, p. 4).

#### *B. Conceituar a distanásia, eutanásia e ortotanásia.*

Segundo uma pesquisa realizada por Biondo, Silva e Secco (2009, s.p.), mostra que, entre os 27 enfermeiros entrevistados, a distanásia é entendida como o prolongamento da vida artificialmente e sem benefícios para o paciente na visão de 54,5% dos enfermeiros e como uma morte lenta e sofrimento por 9,1% deles; 36,4 não responderam, admitiram não saber ou conceituaram incorretamente.

A prática da distanásia é rotineira e tende a aumentar futuramente, à medida que mais tecnologia é introduzida no cuidado de pessoas no final de suas vidas, proporcionalmente o exercício desse ato desumano será maior. Dados do Conselho Federal de Medicina revelam que atualmente, no Brasil, 30% dos internados em unidades de tratamentos intensivos são pacientes em estado terminal, que não deveriam permanecer nessas unidades. Eles deveriam estar recebendo cuidados paliativos, ou seja, não sendo mais possível a cura, deveria ser dado a esses pacientes conforto e atenção a suas necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais (CIÊNCIA HOJE, 2013; CABRAL et al., s.d).

Nenhum entrevistado expressou eutanásia, de acordo com o conceito atual da mesma, entretanto, 55,55% conceituaram como ação que, de algum modo, abrevia a vida, faltou correlacionar esse fato às considerações tidas como humanísticas à pessoa ou à sociedade, conceito atual; 22,22% acreditam ser uma ação que abrevia a vida de um paciente terminal; 22,22% admitiram não saber conceituar ou o fizeram incorretamente.

A ortotanásia foi conceituada por 32,1% dos entrevistados como morte em seu tempo natural, sem adiá-la ou adiantá-la; por 14,3% com morte sem sofrimento ou boa morte; 53,6% não responderam, admitiram não saber ou conceituaram incorretamente.

Os autores durante as entrevistas questionaram aos enfermeiros sobre o conhecimento dos conceitos e sua adequada aplicabilidade em sua rotina e, se sim, como. A maioria (70,4%) afirmou acreditar que sim, e 25,9% dos enfermeiros afirmaram que não.

Percebe-se a partir dos dados a relevância dos simples conceitos desses termos. Os conceitos teóricos são imprescindíveis no que diz respeito à distinção entre a distanásia, eutanásia e ortotanásia, possibilitando ao enfermeiro informar, garantir uma “boa morte”, presando sempre pela autonomia do morrente, articular com a equipe e familiares sobre medidas menos invasivas e que amenizem o sofrimento do paciente.

### **Respeito ao paciente no momento final de vida.**

Segundo Santana et al., (2010), Hipócrates, considerado o pai da medicina, dizia que um dos papéis do médico é recursar-se a tratar daqueles que foram vencidos pela doença, compreendendo que, em determinados casos, a medicina torna-se impotente perante pacientes que não possuem perspectivas de cura. “O tratamento fútil é quando não se alcança o objetivo de adiar a morte, estender a vida, melhorar, manter ou restaurar a qualidade de vida, beneficiar o doente como um todo” (MENEZES; SELLI; ALVES, 2009, p. 5). Continuar um tratamento doloroso e fútil é contra os princípios fundamentais da ética médica, pois não provê nenhum benefício ao paciente, o que, por conseguinte, caracteriza-se por agressão e desrespeito ao morrente. Além de causar prejuízo e sofrimento, tanto ao paciente quanto aos familiares, vai contra a justiça, pois exige custos, tempo e energia que poderiam ser bem mais usados em outros pacientes, infligindo a autonomia, pois ninguém quer receber uma terapia fútil que simplesmente prolongue a morte inevitável em estado vegetativo irreversível, sem melhorias da qualidade de vida (SANTANA; RIGUEIRA; DUTRA, 2010).

Percebe-se que, em determinados momentos, os objetivos da terapia médica já não são úteis, tornando-se uma futilidade ou peso. Então surge a obrigação de parar com medidas inúteis e intensificar o empenho para amenizar o desconforto e o sofrimento durante o processo de morte. A seguir a pesquisa de Menezes et al., assim como descreve Oliveira (2011), conforme citado por Alves e Casagrande (2016, p. 3), “os familiares apresentam frequências elevadas de estresse, distúrbios de humor e ansiedade, portanto deve-se proporcionar um cuidado humanizado também aos familiares”.

Menezes et al. (2009), mostra que a família não aceita a condição do paciente que está internado na UTI e prefere que se invista toda a terapêutica possível. O que demonstra uma negação da situação do indivíduo em fase de morte, que de forma inconsciente, hesitam em aceitar e tentam, a todo e qualquer custo, manterem o processo que se caracteriza como distanásia proporcionada pelos profissionais da saúde, através do arsenal terapêutico para prolongar a morte. Uma tentativa frustrada, exercida pelos próprios familiares, muitas vezes relacionadas ao sofrimento que gerará devido à perda do ente querido, ignorando e desprezando a autonomia do morrente.

“[...] a família não aceita que se tire tudo, que se deixe só como paciente suporte, que este paciente é terminal, tem que deixar bem claro, mas a família não aceita é uma decisão da família (S10)” (MENEZES; SELLI; ALVES, 2009, p. 5). O tratamento fútil poderia ser substituído pelos cuidados paliativos. Mas vê-se que os familiares não aceitam as condições do ente querido gravemente doente, manifestando que preferem manter o tratamento.

Percebe-se nas falas dos enfermeiros a necessidade de manter a autonomia e dignidade do indivíduo no processo do morrer. Só há garantia da autonomia quando há o compartilhamento do conhecimento e informação da equipe de saúde para com o paciente, orientando o mesmo a tomar a melhor decisão.

[...] como profissional da saúde, eu penso que é imprescindível que haja uma morte com dignidade... Que é uma morte com dignidade? É o morrer sem procedimentos invasivos exagerados, é o morrer sem manipulações excessivas, é o morrer com a família, é o morrer utilizando a medicação para a dor de forma adequada, é o morrer com o aparato emocional do psicólogo, é o morrer com o tratamento não de forma exagerada do fisioterapeuta, do terapeuta ocupacional, do nutricionista, é o morrer com o suporte que não seja exagerada [...] (ENF. 1). (SANTANA; RIGUEIRA; DUTRA, 2010, p. 407).

“Permanece como um grande desafio o cultivo da sabedoria de abraçar e integrar a dimensão da finitude e da moralidade na vida, bem como oferecer cuidados holísticos no adeus final” (CIÊNCIA HOJE, 2013, s.p). É possível encontrar relatos sobre pacientes que optaram por abandonar a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e aderir à ortotanásia. O exemplo nesse sentido foi dado pelo Papa João Paulo II, quando foi proposto que voltasse para a UTI do hospital (Clínica Gemelli), o pontífice, percebendo que sua vida chegava ao momento final, recusou e pediu que o deixasse “partir”. Se o papa voltasse ao hospital e ficasse em uma UTI, sua vida certamente poderia ser prolongada por vários dias, mas, isso não o beneficiaria em nada, evitou-se assim a distanásia. É um grande desafio aprender a cuidar do paciente fora das possibilidades terapêuticas invasivas, sem exigir retorno, com a gratuidade que se cuida de um bebê, assim como humanos são cuidados ao nascer, dever-se-

iam cuidar de modo semelhante, o paciente no final da vida. (CIÊNCIA HOJE, 2013; SANTANA et al., 2010).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cultivar a sabedoria de integrar a morte na vida, como algo natural e inerente à própria vida, é indispensável. A distanásia ainda é pouco conhecida, porém é bastante praticada, ao contrário de seu antônimo, 'eutanásia', que a todo instante ganha manchetes e causa debates.

Sem dúvida, a eutanásia é muito menos praticada do que a distanásia em nossas instituições de saúde, mais especificamente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). A palavra distanásia, por incrível que pareça, ainda é estranha até para grande parte dos profissionais de saúde, devido principalmente à falta de informação, o que gera certa confusão entre negligência médica e o morrer de forma humanizada. A confusão se estabelece quando o enfermeiro acredita que ao promover a ortotanásia terá as mesmas consequências penais da eutanásia, e assim optando pela distanásia. A distanásia acontece no Brasil porque os profissionais da saúde têm receio de oferecer aos pacientes a oportunidade de limitar o tratamento por medo de consequências legais. Os conceitos de distanásia, eutanásia e ortotanásia são imprescindíveis no que diz respeito à tomada de decisão, orientação familiar, garantia da autonomia do paciente e compreensão dos aspectos legais e éticos que circundam o processo do cuidar que muitas vezes está disfarçada de intervenções invasivas e desumanas.

### REFERÊNCIAS

ALVES, N. L.; CASAGRANDE, M. L. **Aspectos éticos, legais e suas interfaces sobre o morrer**. Araguaína: Rev. Revista científica do ITPAC.v.9, n.1, Pub.2, Fevereiro 2016.

BIONDO, C.A.; SILVA, M.J.P; SECCO, L.M.D. **Distanásia, eutanásia e ortotanásia: Percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência**. São Paulo:Rev. Latino-am, 2009 setembro-outubro; 17(5).

CIÊNCIA HOJE. **Distanásia: por que prolongar o sofrimento?** Edição: 301. Disponível em: [www.cienciahoje.org.br/revista/materia/id/707/n/distanasia:por\\_que\\_prolongar\\_o\\_sofrimento](http://www.cienciahoje.org.br/revista/materia/id/707/n/distanasia:por_que_prolongar_o_sofrimento). Acesso em: 29 de maio de 2017.

CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat; MUNIZ, Manuela Soares de Freitas; CARVALHO, Vivian Boechat Cabral. **Distanásia: Lesão à dignidade à beira do leito**. ed.LexMagister, São Paulo. Disponível em: [www.lex.com.br/doutrina\\_27040757\\_DISTANASIA\\_LESAO\\_A\\_BEIRA\\_DO\\_LEITO.aspx](http://www.lex.com.br/doutrina_27040757_DISTANASIA_LESAO_A_BEIRA_DO_LEITO.aspx). Acesso em: 28 de maio de 2017.

LIMA, Raquel dos Santos; JÚNIOR, Jerônimo Abreu Costa. **O processo de morte e morrer na visão do enfermeiro**. Maranhão: Rev. Ciência e Saberes, 2015, p. 25-30.

MENEZES, M. B.; SELLI, L.; ALVES, J. S. **Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem.** Rev Latino-am, São Paulo, Jul. 2009.

PEREIRA, Clarissa Pires; LOPES, Sandra Ribeiro de Almeida. **O processo do morrer inserido no cotidiano de profissionais da saúde em Unidades de Terapia Intensiva.** Rio de Janeiro: Rev. SBPH, 2014. s.p.

SUSAKI, T.T.; SILVA, M.J.P.; POSSARI, J.F. **Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de enfermagem.** São Paulo: Rev. ACTA Paul Enferm, 2006; 19 (2): 144-9.

SANTANA, Júlio César Batista; RIGUEIRA, Ana Cláudia de Melo; DUTRA, Bianca Santana. **Distanásia: reflexões sobre até quando prolongar a vida em uma Unidade de Terapia Intensiva na percepção dos enfermeiros.** São Paulo:Rev. Bioethikos, 2010. pp. 402-411.

SOUZA, Christiane Pereira. **A morte interdita: o discurso da morte na História e no documentário.** Doc On-line, n. 07, Dezembro 2009. Disponível em: [www.doc.ubi.pt](http://www.doc.ubi.pt), pp. 17-28. Acesso em 28 de Fevereiro de 2017 às 00h01min.

## EFICÁCIA DA ARTETERAPIA NO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNOS GRAVES E PERSISTENTES EM UM CAPS

Maali Brito Lopes<sup>1</sup>; Cássia dos Santos Cunha Lelis<sup>1</sup>; Luma Alves de Oliveira<sup>1</sup>; Thaís  
Barbosa Damasceno<sup>1</sup>; Rita Oliveira Sodré Alencar Machado<sup>2</sup>

[1] Graduanda em Psicologia pela Faculdade Irecê. Email: maalilopes@gmail.com

[2] Professora do curso de Psicologia na matéria Teoria Psicanalítica II da Faculdade Irecê

### Resumo

O presente estudo é uma análise crítica de um relato de experiência de alunos do terceiro período de Psicologia da Faculdade Irecê, feito no Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Irecê durante um dia. Inicialmente foi discutido e aplicado um dispositivo de oficina de desenho à luz da arteterapia a qual tinha por objetivo propiciar ao usuário um espaço para expressar seu conhecimento de mundo, emocional e social, de forma criativa e autônoma, dando-lhe assim liberdade de expressão. Os materiais como lápis, tintas, canetas e giz de cera foram dispostos em cima de uma mesa bem como folhas de papel ofício. A arteterapia surge nos novos moldes de cuidados com a saúde mental ressaltando a importância da arte, na relação do homem com o mundo e seu imaginário. Norteadas pela Psicanálise Lacaniana entendemos que uma vez formada, a estrutura psíquica não é passível de mudanças o que se pode fazer é auxiliar o sujeito a enfrentar, resignificar e conviver com os sintomas da sua estrutura. A oficina de desenho e pintura aplicada nos usuários CAPS funcionou como uma ferramenta de organização e ressignificação do delírio, onde o usuário se tornou sujeito da ação, podendo assim sair da posição subjetiva de objeto do outro. Esse momento propicia uma reestruturação psíquica através da criação artística.

**Palavras-Chave:** Saúde Mental. Arteterapia. Psicanálise.

### INTRODUÇÃO

Essa vivência busca entender a importância da Psicologia na promoção da Saúde Mental através de práticas alternativas, como a arteterapia, que propiciam um olhar mais humano ao usuário, especificamente no ambiente do Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Irecê (CAPS), ressalta a iniciação da prática da Psicologia, supervisionada, para os estudantes do 3º período de psicologia e a procura destes por novos conhecimentos. É interessante ressaltar que a princípio os alunos não possuíam pretensão de escolha de campo teórico, para fundamentar a vivência, nem um estudo direcionado para uma teoria, ficando livres para procurar espontaneamente um campo teórico. Neste caso, a referência passa a ser a psicanálise de Jacques Lacan, o que permitiu responder alguns questionamentos aparecidos durante a prática.

Arteterapia é uma área de atuação profissional, reconhecida como dispositivo terapêutico visando resgatar o homem em sua totalidade através de processos de

autoconhecimento e transformação. Na definição da Associação Brasileira de Arteterapia, "é um modo de trabalhar utilizando a linguagem artística como base da comunicação cliente-profissional. Sua essência é a criação estética e a elaboração artística em prol da saúde". Conforme delimita a Associação, a arteterapia é uma especialização destinada a profissionais com graduação na área da saúde, como Psicologia e Enfermagem com o enfoque clínico para a promoção da saúde e a qualidade de vida. A arteterapia surge nos novos moldes de cuidados com a saúde mental ressaltando a importância da arte, na relação do homem com o mundo e seu imaginário. Segundo Silveira (1981) é possível perceber na linguagem não verbal, expressões artísticas, uma possibilidade de penetração no mundo psíquico do paciente. Assim, através das oficinas os pacientes afirmam que apesar da desorganização psíquica que vivenciam, ainda possuem características conservadas em sua estrutura psíquica.

De acordo com a Psicanálise Lacaniana, o Psiquismo se estrutura ao longo da infância do indivíduo, através das relações com as figuras parentais, com a linguagem e o universo simbólico. Esta estrutura se expressa de forma subjetiva e singular de cada sujeito apreender, compreender, expressar e se relacionar com o mundo interno e externo, uma vez formada não é passível de mudanças. O que se pode fazer é auxiliar o sujeito a enfrentar, resignificar e conviver com os sintomas da sua estrutura. A psicose, considerada por sua estrutura, é onde se encaixa a maior demanda dentro do CAPS de Irecê, e esta se caracteriza por uma carência do mundo simbólico. Os sujeitos se relacionam com o mundo externo através de uma linguagem que não possui lei reguladora e universal. Vemos isso nas expressões alucinatórias e delirantes, as alucinações surgem como invasão do mundo simbólico pelo grande Outro este invasivo e indestrutível que coloca o usuário à mercê do outro pela falta de uma lei reguladora. O delírio surge como uma tentativa de resignificar esse universo simbólico incompreendido que invade o sujeito psicótico.

Diferente de outras abordagens médicas e psicológicas que buscam anular o delírio, a psicanálise lacaniana vai utilizar a metáfora delirante como uma possibilidade terapêutica, assim a oficina de desenho e pintura aplicada nos usuários CAPS funcionou como uma ferramenta de organização e resignificação do delírio, onde o usuário se tornou sujeito da ação, podendo assim sair da posição subjetiva de objeto do outro. Esse momento propicia uma reestruturação psíquica através da criação artística.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

Em abril de 2017, os estudantes de Psicologia do 3º semestre da Faculdade Irecê foram incentivados e inspirados pelos estudos feitos em sala de aula, acerca da saúde mental, a fazer uma visita ao Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Irecê. Após muita discussão sobre o objetivo da visita e da vivência que proporcionaríamos aos usuários e a nós mesmos, chegamos a um consenso de buscar uma modalidade terapêutica alternativa com o intuito de auxiliar e motivar os usuários do CAPS a mostrar suas expressões e sentimentos como uma forma de reinserção social, mesmo que em um ambiente específico, mostrando seu valor como indivíduo e o merecimento de trocas de afetividades muitas vezes negada pela comunidade e ciclo familiar. A partir da análise desses objetivos chegamos a Arteterapia que casava com as nossas intenções de ir ao encontro dos processos criativos e da livre expressão. A arte é então percebida como instrumento de enriquecimento dos sujeitos, valorização de expressão e descoberta de potencialidades singulares. Assim elegemos a oficina de desenho e pintura para aplicação nos usuários do Centro de Atenção Psicossocial.

Com a chegada ao CAPS nos deparamos com um grupo com composição de 20 membros com faixa etária entre 20 a 60 anos, todos participaram da oficina, as atividades foram realizadas em espaço destinado especificamente a esse fim, na área verde externa do CAPS, local onde ficam disponíveis os diversos materiais utilizados em oficinas como essas: tintas, telas para pintura, papel, giz de cera, argila, pincéis, tecido, material reciclável, dentre outros, materiais estes que ficaram guardados e somente foram utilizados os que foram levados por nós: lápis, tintas, canetas, giz de cera, folhas de ofício e papel metro. Tudo foi disposto em uma grande mesa onde todos os usuários puderam ficar em volta devidamente sentados.

Os usuários fizeram seus desenhos, contaram suas histórias de vida, muitas vezes as causas dos seus transtornos e porque frequentavam o CAPS, momento esse que percebíamos que algumas histórias aparentavam ser advindas de delírios e alucinações, as quais tomávamos cuidados para não contrariar, não invadir o sujeito com a nossa realidade, pois como nos diz Lacan(1964): “o delírio que tenta responder ao traumático inassimilável, se repete a impossibilidade da assimilação de algo que diz respeito à ação do Outro sobre o corpo do sujeito, o aparecimento do delírio é tentativa de cura na psicose e de contorno do encontro com o Real como traumático.” Ao decorrer da oficina a medida que os seus desenhos ganhavam forma, os usuários nos revelavam espontaneamente o motivo da escolha daquele desenho e frequentemente faziam

associação das cores que estavam usando com alguns sentimentos: amor, gentileza, paz, carinho entre outros.

Durante a oficina pode-se perceber que os usuários sempre praticam a gentileza com o outro, pedindo por favor, dividindo o material com o colega e sempre elogiando o desenho do outro. Nessa vivência foram desenvolvidas ações que têm por fim trabalhar as capacidades de se expressar dos usuários tanto no que se refere ao corpo quanto ao cognitivo, não apenas em relação ao grupo, mas também em relação à descoberta de si, sendo o indivíduo conduzido a ser autor de sua descoberta, conseguindo sair pelo menos naqueles instantes da posição de objeto que os indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes, psicóticos, experimentam cotidianamente. Em suma, buscamos permitir ao grupo, por meio do estímulo individual e/ ou coletivo, a criatividade e a expressão artística, dando evidência ao processo de criação, à medida que o participante é levado à reflexão e à procura de significantes inferidos ou atribuídos ao que ele produziu.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A oficina de arteterapia foi um importante aditivo no tratamento de indivíduos com transtornos graves e persistentes pois proporcionou um autoconhecimento para o sujeito que estava desenhando, a escolha de cada desenho estava relacionada com as metáforas delirantes dos usuários naquele momento, desde a escolha dos materiais, até a finalização do desenho, o que se tornou uma ótima forma de compreensão para a linguagem típica e singular de indivíduos psicóticos. Além de ser uma ferramenta produtiva para auxílio de tratamento pela equipe multiprofissional do CAPS, pode-se perceber um aumento da autoestima, através da valorização de suas produções pelos próprios usuários do grupo, e pelo outro, visto que também as produções foram expostas para os demais presentes, incentivando uma melhor auto aceitação, valorização dos aspectos positivos pessoais, e maior autonomia. Possibilitou principalmente a expressão e a manifestação de pensamentos, sentimentos e vivências provavelmente, impossíveis de serem expressas e geradas através de outros meios como, por exemplo, através da linguagem verbal;

Pelo pouco tempo que estivemos presentes na instituição não conseguimos resultados mais detalhados da oficina aplicada, mas, com base nos estudos e revisão de teorias bem como com o contato com os usuários naquele dia podemos inferir que brotaram em cada sujeito desejos, anseios e planos para o presente e futuro, uma maior

ordenação, estruturação e harmonização psíquica, canalizando a libido para fins mais positivos e construtivos de vida, de relacionamento intra e inter pessoal e por fim maiores possibilidades de uma reabilitação psicossocial e o entremostrarem-se de suas capacidades e limites.

Por fim temos a certeza que conseguimos estimular partes do cérebro que muitas vezes os usuários não estimulam no dia a dia, despertaram o sentir, o pensar, o inovar, o entusiasmar e o agir. Deram cor a vida, pois um desenho não se conta, é a própria pessoa que se conta através do desenho.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por entre este presente estudo o qual a temática foram as vivências terapêuticas em uma oficina de Arteterapia, precisamente de desenho e pintura, onde os sujeitos participantes foram pessoas que estão sofrendo psiquicamente, de forma severa e persistente, pudemos nos atentar que muito pouco valor é dado para aqueles que estão em sofrimento mental. Estão, em sua maior parte, excluídos de sua própria família, meio social, amigos que tinham no passado, mergulhados em sua própria dor, calados, silenciados. Alguns querem, tentam, desejam encontrar ajuda, seja onde for: numa oficina de Arteterapia, num medicamento, numa psicoterapia individual ou grupal, na religião, na música, no fazer cotidiano, na fala ou apenas na companhia de alguém ou de uma instituição como o CAPS, que muitos apontaram como sendo sua segunda, ou mesmo, primeira casa, onde são vistos, cuidados, amparados; onde estão com alguém, fazendo algo, não importa muito o que.

Em relação à Arteterapia, à luz da Psicanálise Lacaniana, pensamos que é mais uma das possibilidades de "voz", expressão, tratamento, lazer, terapia e criação que estes pacientes, que apresentam sofrimento psíquico, têm ao seu dispor. A arte se conforma como um facilitador, já que pode oferecer pouco a pouco, pistas e elementos que ajudam no acesso as dificuldades e limitações do outro, pode ampliar a análise diagnóstica com maiores detalhes, porque permite o acesso a conteúdos pouco expressos na linguagem formal limitada, característica forte da estrutura psicótica.

A oficina permitiu aos pacientes, vislumbrarem que não são sinônimos de doentes, mas pessoas, que passam por momentos de sofrimento, e que, mesmo possuindo uma patologia que os desabilitem em certos setores da vida, lhes habilitam em outros. Mas, sobretudo, que possuem: habilidades, força, esperança, qualidades e

virtudes únicas - como as pedras preciosas, que muitas vezes precisam ser lapidadas, com a ajuda de alguém, para ser desvelado seu verdadeiro brilho e valor.

#### REFERÊNCIAS

Quinet, Antonio, 1951- Q64p **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia** / Antonio Quinet. - 2.ed. - Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009

Quinet, Antonio, 1951- 3.ed. **Teoria e clínica da psicose** / Antonio Quinet. - 3.ed. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006

Vasques, Márcia Camargo Penteado Corrêa Fernandes. **A Arteterapia como instrumento de Promoção Humana na Saúde Mental**/ Márcia Camargo Penteado Corrêa Fernandes Vasques. - 2009.

**MOTIVAÇÃO DE PESSOAS: possibilidades de diagnóstico e intervenção**

Rejane Reis Ferreira dos Santos Silva<sup>1</sup>; Luciane Medeiros Machado<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Patos de Minas;

<sup>2</sup> Docente no curso de Psicologia da FAI

**RESUMO**

A motivação pode ser considerada hoje como um grande desafio para gestores e para o indivíduo. Desta forma, identificar as práticas diagnósticas e de intervenção utilizadas pelos psicólogos é fundamental para auxiliar na compreensão da temática, possibilitando ainda um repensar sobre a prática. Este estudo de caráter bibliográfico aborda metodologias que são utilizadas para avaliar motivação de pessoas nas organizações de trabalho, bem como analisa os projetos de intervenção desenvolvidos por psicólogos organizacionais para motivação de pessoas. Utilizou-se de livros e artigos científicos que discorriam sobre práticas de diagnósticos, analisando-se os instrumentos e ações dos profissionais para lidar com questões relacionadas à motivação no trabalho. Embora o respaldo empírico para as teorias tenha sido de modo geral fraco, as teorias têm sido úteis em desenvolver práticas específicas de gestão de pessoas, que fazem crescer a motivação e o desempenho. Faz-se necessário rever aquilo que se tem falado sobre motivação, pois o trabalho já não está tendo o mesmo valor e sentido como referência de amor próprio e de realização pessoal. Muitas pessoas não encontram muita saída e sem alternativas para seu sustento precisam aceitar trabalhos que não correspondem ao que se espera da motivação humana.

**Palavras-chave:** Motivação, Teorias motivacionais, Diagnóstico, Intervenção.

**1 INTRODUÇÃO**

Tanto na área da saúde, quanto em todas as áreas do fazer, o trabalho assume papel central na vida do indivíduo.

E no último século foi caracterizado pelas grandes mudanças por causa das transformações tecnológicas provenientes da Revolução industrial. Nas últimas décadas a Psicologia enquanto ciência e profissão, com ênfase na Psicologia Organizacional do Trabalho (POT) tem se preocupado com a qualidade de vida no trabalho devido às grandes alterações relacionadas ao mesmo e com os comportamentos dos colaboradores que poderão levar aos resultados desejáveis de desempenho.

Na primeira metade do século XX surgiram as primeiras teorias da motivação que são: a teoria das necessidades, as teorias X e Y, e a teoria motivação-higiene que embora muito criticadas representam o foco das teorias contemporâneas (ROBBINS; DECENZO, 2004).

Motivar os funcionários já que esse fenômeno implica diretamente na satisfação dos mesmos, têm sido a preocupação de muitos gestores, pois identificar as práticas diagnósticas e de intervenção é fundamental para a gestão de pessoas e áreas afins como a psicologia e a administração, e trata-se de um tema que instiga novas pesquisas visto que há grande demanda pelas organizações de trabalho para realizar ações destinadas à motivação de pessoas.

Este trabalho tem como título "motivação de pessoas: Possibilidades de diagnóstico e intervenção" que corresponde aos objetivos propostos neste estudo, pois, o mesmo abordará metodologias que são utilizadas para avaliar motivação de pessoas nas organizações de trabalho, bem como o que tem sido feito pelos psicólogos organizacionais e quais projetos de intervenção são utilizados para trabalhar a motivação de pessoas.

O objetivo desse estudo é Identificar metodologias que são utilizadas para avaliar motivação de pessoas nas organizações, bem como práticas de psicólogos organizacionais (projetos de intervenção) utilizados por eles para trabalhar a temática.

Assim sendo, esse artigo procurou sintetizar as seguintes questões: analisar as principais teorias sobre motivação, verificar aspectos determinantes da motivação de pessoas no contexto das organizações, fazer um levantamento teórico sobre técnicas diagnósticas voltadas para motivar pessoas e analisar projetos de intervenção em motivação de pessoas nas organizações, pois, essas questões deram impulso a esta pesquisa.

Para reflexão do estudo foi utilizado o método de análise e seleção da literatura utilizada. Inicialmente foram selecionados os textos relacionados com os objetivos e filtrados de acordo com cada parte do artigo, assim, foram utilizados livros e artigos científicos publicados em revistas de caráter científico, bem como publicações dos sites: Scielo, LILACS, Pepsic, entre outros. Foram analisados onze artigos publicados entre os anos de 2001 e 2011 disponibilizados em sites de universidades e revistas científicas sobre possibilidades de diagnóstico e revisto em livros e artigos sobre a implementação de projetos de intervenção para motivar pessoas.

Assim, esse artigo procurou sintetizar as seguintes questões: citar as principais teorias da motivação apresentando brevemente essas teorias, verificar aspectos determinantes da motivação de pessoas no contexto das organizações, analisar técnicas diagnósticas em motivação de pessoas e descrever ações que podem ser adotadas para motivar pessoas nas organizações, pois, essas questões deram impulso a essa pesquisa.

## 2.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo Chiavenato (2003) as grandes mudanças relacionadas à motivação no trabalho têm sido fonte de discussão, pesquisa e indagações para os vários pesquisadores devido às novas configurações, às transformações sociais, econômicas, tecnológicas e as políticas.

Nesse sentido Magalhães (2011) ressalta que um dos mais importantes desafios dos operários é se confrontar dia após dia com a falta de continuidade e estabilidade, que lhes exigem constantes mudanças para as quais muitas vezes lhes faltam suscetividade e tempo para adaptação e treino podendo resultar em desgaste físico e emocional dos comprometidos.

Para Gondim e Silva (2004) os pesquisadores ao compartilhar a idéia de que seria necessário haver motivação para produzir mais e melhor, somando a compreensão das limitações encontradas nas teorias da motivação ao conceituá-la, desenvolveram definições e teorias com diversas concepções dificultando uma limitação teórica na área de pesquisas sobre o comportamento humano nas organizações referente à motivação.

Gondim e Silva (2004) refletindo sobre as teorias da motivação destacam os anos de 1940 á 1970, pois, foram marcados significativamente pelo interesse de muitos pesquisadores em desenvolver teorias de motivação tais como Maslow (1943), McClland (1953), Alderfer (1969), Herzberg, Mausner e Shiderman (1959). Ainda de acordo com as autoras mencionadas, essas teorias estariam interessadas em desvendar os aspectos individuais, biológicos e psicológicos que desencadeariam a falta ou a carência de algo a ser suprido.

A Hierarquia de Necessidades de Maslow, ilustrada numa pirâmide expressa a idéia de que as pessoas podem se sentirem mais motivadas na medida em que suas necessidades básicas são sistematicamente satisfeitas. Assim, na base da pirâmide estão as necessidades fisiológicas e na medida em que essas forem satisfeitas a motivação se desloca para outro nível e desse modo progressivamente até chegar ao topo, nas necessidades de auto-realização (SPECTOR, 2004).

A teoria da motivação desenvolvida por David McClland é a teoria que também parte das necessidades se dirigindo às necessidades de realização, afiliação e poder; a necessidade de realização é a necessidade de realização pessoal, de conquistar objetivos particulares, afiliação é a necessidade de ser aceito e amado pelo grupo e a necessidade de poder é a necessidade de atrair seguidores e influenciar pessoas (HITT; MILLER; COLELLA, 2007).

A teoria de ERG difere da teoria de Maslow de duas formas, primeiro que na teoria de Maslow uma necessidade de nível superior só é surge depois de suprida a necessidade do nível mais baixo e na teoria de Alderfer todos as necessidades surgem ao mesmo tempo e em segundo é a existência do processo de frustração regressão que é quando a falta de satisfação de uma necessidade aumenta a importância das necessidades de níveis inferiores (CASADO, 2002).

A teoria ERG, desenvolvida por Alderfer partiu do seu interesse pelo estudo apontado por Maslow e também propõe que os processos motivacionais partem de uma hierarquia de necessidades, contudo incluem somente três níveis: (E) necessidades de existência que correspondem às necessidades fisiológicas e de segurança de Maslow, (R) necessidades de relacionamento que são semelhantes às necessidades sociais e de estima de Maslow, e as (G) necessidades de crescimento que é equivalente à necessidade de auto realização também de Maslow (HITT; MILLER; COLELLA, 2007).

A teoria dos dois fatores de Herzberg entende a motivação a partir de dois grupos diferentes: os fatores de higiene e os fatores motivacionais. Desse modo, apenas o trabalho em si e os fatores que lhe são diretamente relacionados podem fazer as pessoas se sentirem satisfeitas (MACIEL; SÁ, 2007).

As teorias da motivação no trabalho habitualmente se ocupam com os motivos que levam algumas pessoas a exercerem suas funções melhor do que outras, desse modo, alguns estudiosos fazem uma distinção entre motivação intrínseca e extrínseca, presumindo-se que ambas está fundamentalmente ligada a fatores pessoais e ambientais (ABBAD et. al. , 2006).

Muitas vezes a motivação é confundida por satisfação, mas, seu verdadeiro sentido está implicado às necessidades internas e externas da pessoa bem como, realização pessoal e /ou profissional. Para tanto, a expectativa mais lógica para se entender a motivação do homem é aquela que leva em conta a necessidade de cada um, aquela que altera de pessoa para pessoa, de um momento para o outro, é a realidade motivacional do ser (COELHO, 2004).

Etimologicamente, segundo Coelho (2004), a motivação é originada do verbo latino *movere*, que significa mover. Nessa direção o minidicionário da língua portuguesa de autoria de Ferreira (2001, p. 473), define a motivação como [...] “um conjunto de fatores, os quais agem entre si, e determinam a conduta de um indivíduo.”

Nesse sentido suscitam Gondin e Silva (2004) que a motivação pode ser explicada como uma atitude voltada para a prática onde o próprio sujeito se ajusta tanto fisicamente quanto psicologicamente, que é duradoura e é estimulada de acordo com o que é indispensável para ele e do que ele espera alcançar.

As organizações precisam de pessoas motivadas por suas qualidades, que as convertam em produção e práticas valiosas, precisam de profissionais criativos que possuam competência para realizar coisas novas, que sempre se auto avalie e enfrente desafios com segurança. Além da natureza técnica é preciso motivar-se a explorar condições favoráveis com vista a objetivos específicos e a internalizar valores (ABBAD; BORGES-ANDRADE, 2004).

Diante disso Abbad et. al. (2006) afirmam que de acordo com teorias motivacionais, para que haja maior efeito esperados pelos programas motivacionais, seria possível aumentar a valência do desempenho, e ao mesmo tempo promover mudanças quanto as expectativas dos trabalhadores a respeito das chances pessoais que eles têm de atingir o desempenho excelente. Assim, “[...] seria recomendável que a remoção de obstáculos situacionais ao desempenho fosse implementado nas organizações [...] e que fosse planejado a capacitação dos participantes em estratégias de enfrentamento ou de prevenção de recaídas (ABBAD et. al. 2006 p. 35).

Constatou-se que há duas fontes de motivação, uma que é própria do indivíduo e outra externa a ela. Cabe então ressaltar as diferenciações feitas sobre a motivação intrínseca e a motivação extrínseca.

O conceito de motivação intrínseca, conforme Deci e Ryan (2000a) apud Engelmann (2005) está ligada a uma propensão inata para a busca do que é novo e desafiador, que estimula os impulsos internos dos indivíduos.

Na concepção de Deci e Ryan (2004) apud Pérez - Ramos (1990) motivação extrínseca tem sido conceituada como a motivação voltada para o trabalho objetivando algo externo como, por exemplo: premiação, benefícios, subornos ou pressões de terceiros, essa tendência motivacional pode gerar dependência da fonte de incentivo.

Neste mesmo sentido o autor supracitado enfatiza que a motivação extrínseca diz respeito a realização de uma atividade para atingir algo ou porque conduz a um resultado esperado, contrastando, assim, com a motivação intrínseca.

A teoria da fixação de metas de Locke tem fortes reflexos em avaliações de desempenho e a teoria sugere que metas razoáveis e definidas com a participação dos

colaboradores tem resultados melhores do que aquelas metas fáceis e estipuladas sem a participação dos mesmos (CASADO, 2002).

A teoria da motivação/higiene-modelo dos dois fatores, é "...atualmente, uma das teorias motivacionais que mais tem sido explanada, surgiu da preocupação de Frederick Herzberg (1959) em pesquisar diretamente no contexto de trabalho o comportamento humano nas organizações (MACIEL; SÁ, 2007, p.69).

Segundo Bergamini (1987, p. 70):

Herzberg usou em sua pesquisa uma entrevista como técnica de coleta de dados, na qual o tema principal consistia em identificar uma ocasião onde o entrevistado teria se sentido excepcionalmente bem ou mal em relação ao seu trabalho; não somente no atual, mas também em um outro qualquer.

A teoria da motivação proposta por Herzberg parte do pressuposto que o contrário de satisfação não é insatisfação e sim a não satisfação e o oposto de insatisfação não é a satisfação e sim a não insatisfação, sendo assim, receber recompensas (financeiras ou não financeiras) excessivamente presume que esses fatores diminuirão a insatisfação mas isso não gerará a satisfação e vice-versa (HITT; MILLER; COLELLA, 2007).

Segundo Lacerda e Abbad (2003) a Teoria da expectativa de Vroom (1964) é uma teoria cognitivista de processo, e o princípio básico da teoria da expectativa diz que as pessoas adotam certos comportamentos almejando resultados compensatórios que elas desejam, os esforços são resultantes das expectativas de serem recompensados.

De acordo com Pérez - Ramos (1990) a Teoria da equidade de Adams (1963), parte do pressuposto de que o sujeito nas organizações de trabalho realiza continuamente comparações entre suas contribuições e os incentivos que recebem com as dos outros colaboradores, assim, as pessoas são motivadas a alcançar uma condição de igualdade.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. Tipo de estudo

Foi feito uma revisão bibliográfica, definida por Cervo; Bervian, 2002, p. 65:

A pesquisa bibliográfica procura implicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos pode ser realizada independente ou experimental. Em ambos os casos busca conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado existente sobre um determinado assunto, tema ou problema.

E a partir da literatura disponível, foram realizadas as análises.

**3.2 Procedimentos:** Inicialmente foram selecionados artigos científicos contendo abordagens teóricas sobre a motivação no trabalho para revisão da literatura e fundamentação teórica.

Assim, considerando os objetivos propostos nesse estudo, foram selecionadas as teorias motivacionais mais explanadas nos artigos utilizados para elucidação da pesquisa através de palavras-chaves e entre eles foram selecionados através dos resumos e sucessivamente livros contendo relatos de ações diagnósticas em psicologia organizacional do trabalho voltada para motivação de pessoas.

Para efetivação da pesquisa bibliográfica foram utilizados livros e artigos científicos publicados em revistas científicas, bem como publicações dos sites: Scielo, lilacs, pepsic, entre outros. Foram analisados dez artigos publicados entre os anos de 2001 e 2011 disponibilizados em sites de universidades e revistas científicas e livros sobre o tema.

Diante deste material procedeu-se à extração de informações sobre instrumentos utilizados para diagnosticar a motivação nas organizações, bem como projetos desenvolvidos para lidar com a temática.

## 4.RESULTADOS

### 4.1 AÇÕES DIAGNÓSTICAS E INTERVENTIVAS VOLTADAS PARA A MOTIVAÇÃO NO TRABALHO

Para compreensão de trabalhos diagnósticos sobre motivação no trabalho, foram analisados dez artigos científicos disponibilizados em sites de universidades, publicados entre os anos de 2001 a 2011, abaixo é apresentado um quadro do resumo contendo essas publicações.

Artigo	Instrumento	Sujeito	Publicação
ALVES FILHO, A.; ARAÚJO, M.A.D. (2001)	Questionário adaptado do inventário do significado trabalho-IST elaborado por Borges (1997, 1998, e 1999). Após adaptação ganhou mais 5 novos itens e uma nova denominação: Inventário de motivação e significado no trabalho-ISMT composto por 73 itens.	74 funcionários de ambos os sexos das 13 agências do Banco do Brasil localizadas na cidade de Natal/RN.	Caderno de pesquisa em administração.

IV SEMANA DE ENFERMAGEM DA FAI E III COLÓQUIO - FACULDADE IRECÊ

BORGES, L. O.; ALVES FILHO, A. (2001).	Questionário adaptado e ampliado partindo do Inventário do significado do trabalho (IST) de Borges (1996).	Amostra de 642 participantes, sendo 487 profissionais da saúde e 135 bancários.	Rev. Estudos da Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
SILVA, C.L. (2001)	Questionário de motivação para o trabalho (QMT) desenvolvido por Fernando Toro (1992).	Na área de prestação de serviços foram aplicados o QMT em 124 trabalhadores de 17 grupos de enfermagem, sendo 15 do sexo masculino e 109 do sexo feminino; 23 enfermeiros, 73 auxiliares de enfermagem, e 28 técnicos de enfermagem entre as faixas de 22-57 anos.	Rev. Primeira versão - universidade Federal de Rondônia (UFRO)
BORGES, L. V.; ALVES FILHO, A. (2003).	Inventário de motivação e significado do trabalho (IMST) de Borges e Alves (2001) adaptado e ampliado em entrevistas semi estruturadas.	525 Participantes: sendo que 55,2% eram profissionais da saúde, 23,4% trabalhavam em uma distribuidora de petróleo e 21,3% bancários.	Site científico Pepsic - Periódico eletrônico em psicologia.
LACERDA, E.R.M.; ABBAD, G. (2003).	Questionário de Motivação para Aprender e Suporte Pré Treinamento (QMASPT) produzidos por Abbad (1999).	Amostra de 284 sujeitos: 75,8% possuem curso superior, 69,2% são do sexo masculino; 64,1% são casados; idade média de 35,8 anos; 69,2% ocupam cargos de nível superior com tempo médio de serviço de 7,0 anos.	Rev. de Administração Científica (RAC).
FERREIRA, et.al. (2006)	Escala multi-fatorial de motivação para o trabalho	444 colaboradores de ambos os sexos de idades entre 19 a 34 anos. Destes 52(11,7%) são do sexo masculino e 384(86,5%) do sexo feminino.	Rev. Comportamento Organizacional e Gestão-Universidade Lusíada de Lisboa.
SÁ, M.A.D.; MACIEL, S.E.V. (2007)	Adaptação de outro questionário construído por Sá (1997) com 40 questões fechadas em escalas com nível de mensuração ordinal.	Universo da pesquisa: 4.646 servidores, amostra de 410(8,82%) sendo 173 professores e 237 funcionários-técnicos administrativos.	Rev. Studia Diversa - Universidade Federal de Paraíba.
BARBOSA, M.M.F.M. (2009)	Adaptação e validação de um instrumento de motivação e expectativas partindo do work Preference Inventory (Amabile, Hill, Hennessey e Tiaghe, 1994), da escala multi-moti (Ferreira, Diogo, Ferreira e Valentem, 2006) e da escala de expectativas de (Sims, Szilagui e Mckemey, 1976).	Da amostra fazem parte 158 candidatos da força nerea brasileira, de ambos os sexos com idades compreendidas entre 18 e 27 anos.	ISCTE-IUL Instituto Universitário de Lisboa.
GOLHANAS, C. R. G. (2009)	Questionário por inquérito feito com uma amostra aleatória de 10 pessoas para elaboração do questionário final.	Uma amostra de 121 funcionários públicos da Loja do Cidadão da Madeira em Lisboa, com uma idade que ronda os 38 anos de idade, sendo 69,4% do sexo feminino, 47,1% são casados e 72,9% possuem filhos. Dos 121 inquiridos foram obtidas 114 respostas válidas.	Instituto Superior de Economia e Gestão: Universidade Técnica de Lisboa.

MAGALHÃES, M.R. (2011)	IMST- Inventário de motivação e satisfação no trabalho e um questionário com perguntas relacionadas ao perfil socioeconômico dos pesquisados	População universo 53 assessores exercendo funções de análise, desenvolvimento, programação e suporte a sistemas de informação o tamanho da amostra aleatória compreende 30 trabalhadores com uma margem de erro de 10% e um nível de confiança de 90%.	Universidade de Brasília
------------------------	--	---	--------------------------

Quadro 1: Síntese dos estudos analisados pelas autoras

De acordo com o quadro acima se pode verificar que nos estudos foram utilizados, Questionário adaptado do inventário do significado do trabalho-IST elaborado por Borges (1997,1998, e 1999), tendo recebido outra denominação Inventário de motivação e significado no trabalho-ISMT composto por 73 itens; Questionário adaptado e ampliado partindo do Inventário do significado do trabalho (IST) de Borges (1996), Questionário de motivação para o trabalho (QMT) desenvolvido por Fernando Toro (1992).

Também foram utilizados o inventário de motivação e significado do trabalho (IMST) de Borges e Alves (2001) adaptado e ampliado em entrevistas semi estruturadas, Questionário de Motivação para Aprender e Suporte Pré Treinamento (QMASPT) produzidos por Abbad (1999), uma escala tetra fatorial adaptada, construída por 28 itens que avaliam quatro dimensões referentes á motivação no trabalho: organização/trabalho, desempenho, realização/poder e envolvimento elaborada por Ferreira et al. (2006).

Pode-se verificar a adaptação de um questionário construído por Sá (1997) com 40 questões fechadas em escalas com nível de mensuração ordinal, adaptação e validação de um instrumento de motivação e expectativas partindo do work Preference Inventory (Amabile, Hill, Hennessey e Tiaghe,1994), da escala multi-moti (Ferreira, diogo, Ferreira e Valentem, 2006) e da escala de expectativas de (Sims,Szilagui e Mckemey,1976), Questionário por inquérito feito com uma amostra aleatória de 10 pessoas para elaboração do questionário final (GOLHANAS, 2009), IMST- Inventário de motivação e satisfação no trabalho e um questionário com perguntas relacionadas ao perfil socioeconômico dos pesquisados (MAGALHÃES, 2011).

Em geral esses instrumentos buscam avaliar atributos ligados ao trabalho como por exemplo as escalas que foram ampliadas ou adaptadas partindo do IST e do IMST considerou as exigências sociais, justiça no trabalho, esforço corporal e desumanização,

realização pessoal e familiar e sobrevivência pessoal e familiar, o QMT desenvolvido por Toro é um instrumento que mede quinze fatores motivacionais divididos em três dimensões, sendo: a. condições motivacionais internas (logro, poder, afiliação, auto-realização e reconhecimento), b. meios preferidos para obter retribuições desejadas no trabalho (dedicação à tarefa, aceitação da autoridade, aceitação de normas e valores, requisição e expectativa), c. condições motivacionais externas (supervisão, grupo de trabalho, conteúdo do trabalho, salário e promoção).

O questionário por inquérito o inquérito utilizado foi estruturado em quatro grupos: o primeiro destinado a caracterizar o funcionário inquirido; o segundo concebido com vista à obtenção de opiniões acerca da situação laboral; o terceiro com o intuito de aferir o nível de motivação e o quarto grupo com o objetivo de analisar o nível de satisfação dos inquiridos face ao seu local de trabalho e ao trabalho em si.

O questionário adaptado de outro questionário de Sá buscou avaliar a intensidade da ocorrência, a satisfação e a concordância com um evento levando em consideração os dados sociodemográficos, assim as variáveis que foram analisadas foram: realização pessoal e profissional, reconhecimento, responsabilidade, conteúdo do cargo, autonomia, criatividade e participação.

A escala multifatorial de motivação no trabalho (MULTI-MOTI) avalia quatro dimensões referentes à motivação no trabalho: organização/trabalho, desempenho, realização/poder e envolvimento, o Questionário de Motivação para Aprender e Suporte Pré Treinamento (QMASPT) avaliam em três níveis (1) Reação; (2) Aprendizagem; e (3) Impacto do Treinamento no Trabalho, Comportamento no Cargo e/ou Transferência.

A escala Adaptação e validação de um instrumento de motivação e expectativas partindo do work Preference Inventory (Amabile, Hill, Hennessey e Tiaghe, 1994), da escala multi-moti (Ferreira, Diogo, Ferreira e Valentem, 2006) e da escala de expectativas de (Sims, Szilagui e Mckemey, 1976) busca avaliar os desafios, a satisfação para alcançar objetivos, satisfação para fazer o que gosta e satisfação em ganhar experiências novas.

Há uma amplitude de possibilidades de diagnósticos, como apresentado no quadro acima considerando-se os instrumentos (IST, ISMT, QMT, QMASPT, escala tetra fatorial, Questionários, instrumento de motivação e expectativas, escala multi-moti, escala de expectativas) que medem a motivação no trabalho, há na percepção de muitos autores como ALVES FILHO; ARAÚJO, (2001), BORGES; ALVES FILHO, (2001), BORGES; ALVES FILHO, (2003), FERREIRA, et.al.(2006), SÁ ; MACIEL,

(2007), BARBOSA (2009), GOLHANAS (2009), MAGALHÃES (2011) a necessidade de ampliação e/ou adaptação das escalas para cada contexto organizacional, o que indica a falta de padronização.

Para, além disso, e tendo em conta que a motivação para o trabalho surge, por um lado, do prazer em realizar a tarefa e, por outro lado, em termos da própria realização pessoal do colaborador, a introdução de novas variáveis de estudo que abranja as diferenças individuais de personalidade, poderá revelar novos dados que contribuam para uma melhor compreensão da motivação para o trabalho.

Em relação às ações interventivas verifica-se através dos artigos analisados que há a ausência de preocupação dos autores em oferecer sugestões interventivas para implementação de projetos voltados para a motivação de pessoas.

Sendo assim, a seguir será exposto um quadro apresentado por Hitt, Miller e Colella (2007, p. 178) das práticas de motivação resultantes das teorias de motivação acordando aos modos em que os gestores podem estimular a motivação dos colaboradores.

Teorias da motivação	Práticas		Motivacionais		
	Encontrar recompensas individuais significativas	Vincular recompensas ao desempenho	Remodelar o trabalho	Fornecer Contrapartidas	Esclarecer Expectativas e objetivos
Hierarquia das Necessidades ERG Maslow	X	X	X	X	
Necessidades de McClelland	X	X	X	X	x
Teoria dos dois fatores de Herzberg		X	X		
Teoria da Expectativa	X	X		X	X
Teoria da Equidade	X	X		X	X
Teoria da fixação de Objetivos		X		X	X

Observação: O fato de não existir qualquer marcação em uma célula indica que a teoria não apresenta relação específica com a prática em questão, o que não significa que a teoria afirme que a prática seja ineficaz. Fonte (HITT; MILLER; COLELLA. Comportamento Organizacional: uma Abordagem Estratégica, Rio de Janeiro: LTC. 2007. P. 178).

Conforme ilustrado no quadro acima as teorias da motivação se encaixam em vários contextos da organização ao mesmo tempo, quanto às práticas motivacionais o fator encontrar recompensas individuais significativas quer dizer que "...ao adequar as recompensas às necessidades e desejos de cada indivíduo, as empresas podem criar uma vantagem competitiva em atrair e motivar funcionários (HITT; MILLER e COLELLA, 2007, p. 179), o fator vincular recompensas ao desempenho quer dizer que as recompensas devem ser atreladas inteiramente ao comportamento desejado para incentivá-lo, remodelar o trabalho segundo Hitt; Miller e Colella, 2007, p. 182:

Processo de tornar o trabalho mais motivador ao acrescentar a um trabalho outras tarefas com complexidades semelhantes às das tarefas já existentes. As tarefas acrescentadas oferecem maior variedade e podem requerer o uso de competências diferentes.

Ao que se refere ao fator oferecer contrapartidas diz respeito a uma medida de desempenho que fornece explicações para decisão e potencializa o processo de fixação de metas, quanto à esclarecer expectativas e objetivos significa que os objetivos permitem que o indivíduo esquematiza e avalia seu desempenho, pois, isso é parte da necessidade de realização pessoal além de alinhar as motivações individuais com as metas da instituição (HITT; MILLER; COLELLA, 2007).

Assim, de acordo com Spector (2005, p. 290) "pesquisas tem demonstrado que recompensas podem ser eficientes na melhoria do desempenho do trabalho". Desse modo, o autor, ainda acrescenta que se tratando de trabalhos que podem ser mensuráveis de forma quantitativa há facilidade em programar instruções de incentivo.

Nesse sentido Borges e Alves Filho (2001) recomendam a adoção de ações que valorizem o ser humano nas organizações e que seja fortalecido o pareamento do desempenho aos reforços recebidos de ascensão profissional baseadas no mérito.

Dessa maneira, é relevante buscar o envolvimento dos colaboradores na elaboração de políticas de gestão de pessoas e de inclusão para que eles sintam-se motivados e comprometidos na hora de executá-las (SÁ; MACIEL, 2007).

Para Lacerda e Abbad (2003), há importante implicação dos programas de treinamento na motivação de pessoas, já que os treinamentos devem partir daquilo que é importante para o crescimento profissional do indivíduo e do que ele almeja alcançar.

Por fim é importante também ressaltar que condições dignas de trabalho é um fator que interfere positivamente no processo de motivação, bem como um ambiente que estimule a qualidade, a criatividade e a inovação. O processo de inovação tem que

estar ligado a política de estabilidade e a política de remuneração justa ( VOLPATO: CIMBALISTA, 2002).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa bibliográfica que foi realizada considerando-se ações diagnósticas em Psicologia organizacional do Trabalho se deu apreciando a análise de dez artigos, publicados no período de 2001 a 2011 e as ações interventivas foram extraídas de livros e capítulos de livros referentes à temática.

O objetivo geral do estudo foi Identificar metodologias que são utilizadas para avaliar motivação de pessoas nas organizações bem como projetos de intervenção utilizados para trabalhar a motivação, assim sendo, conforme foi apresentado na pesquisa existe uma gama de possibilidades de diagnósticos levando em conta os instrumentos (IST, ISMT, QMT, QMASPT, escala tetra fatorial, Questionários, instrumento de motivação e expectativas, escala multi-moti, escala de expectativas) que medem a motivação no trabalho, em relação às ações interventivas houve, na percepção da pesquisadora, uma carência em oferta de sugestões interventivas nos artigos analisados, porém, essas foram apresentadas através da pesquisa feita em livros.

Conforme a revisão bibliográfica as teorias motivacionais dão suporte ao uso de várias práticas interventivas voltadas para estimular a motivação: encontrar recompensas individuais significativas, vincular recompensas ao desempenho, remodelar o trabalho por meio do engrandecimento ou do enriquecimento, fornecer contrapartidas, e esclarecer expectativas e objetivos.

As teorias da motivação sugerem que a motivação é muito complicada. No entanto, não é o que a pesquisa revela porque as teorias se encaixam ao modo pelo qual são administradas e muitas teorias implicam de forma semelhante para os gestores.

Quanto aos objetivos específicos demarcados para esta pesquisa no que tange analisar as teorias motivacionais mais esplanadas assim como os aspectos determinantes da motivação de pessoas no contexto das organizações pode-se verificar que as teorias da hierarquia das necessidades de Maslow, teoria ERG de Alderfer, a teoria de Realização, afiliação e Poder de McClland e a teoria dos dois fatores de Herzberg que foram discutidas tratam de fatores que afetam a motivação, esses fatores incluem as necessidades do colaborador e as várias características do trabalho, intrínseco ou extrínseco e as teorias como a teoria da Expectativa de Vroom enfoca as pessoas como tomadoras de decisões racionais, Teoria da Equidade de Adams dá maior enfoque aos

sentimentos gerais da pessoa em relação a como ela é tratada e a Teoria de fixação de metas de Locke sugere que as pessoas podem ser motivadas a partir da fixação de objetivos desde que esses sejam atingíveis, aceitos e acompanhados de reforços.

Embora o respaldo empírico para as teorias tenha sido de modo geral fraco, as teorias têm sido úteis em desenvolver práticas específicas de gestão de pessoas, que fazem crescer a motivação e o desempenho.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBAD, G. S.; BORGES-ANDRADE, J. E. Aprendizagem Humana em Organizações de Trabalho. In: ZANELLI, J. C. ; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A.V.B. (org). **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 235-274.
- ABBAD, G. S.; FREITAS, I. A.; PILATI, R. Contexto de trabalho, desempenho competente e necessidades em TD&E. In: BORGES-ANDRAD, J. E. ; ABBAD, G. S.; MOURÃO, L. et. al. **Treinamento, Desenvolvimento e Educação em Organizações de Trabalho**: fundamentos para a gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 231-254.
- ALVES FILHO, A. ; ARAÚJO, M. A. Um estudo da força motivacional dos funcionários do Banco do Brasil á luz da teoria da expectativa. **Caderno de pesquisa em administração**, São Paulo, Abril, 2001. v. 8, n. 2, Jun. 2001. Disponível em: <http://webmail.fecea.br/download/Estudo%20sobre%20a%20motiva%E7%E3o%20dos%20funcion%Elrios%2>. Acesso em: 18 maio 2012.
- BERGAMINI, C. W. **Desenvolvimento de Recursos Humanos**: Uma estratégia de desenvolvimento organizacional. São Paulo: Atlas, 1987.
- BORGES, L.O.; ALVES FILHO, A.. A estrutura fatorial do Inventário do Significado e Motivação do Trabalho, IMST. **Pepsic**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, dez. 2003. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo. Php?Script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712003000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo. Php?Script=sci_arttext&pid=S1677-04712003000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 16 abr. 2012.
- BORGES, L.O. ; ALVES FILHO, A. A mensuração da motivação e do significado do trabalho. **Estudos de Psicologia** Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2001. v. 6, n. 2, p. 177 - 194. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v6n2/7272.pdf>> Acesso em 20 Março 2012.
- CASADO, T. A motivação e o trabalho. In: LIMONGI-FRANÇA, A. C. e col. **As pessoas na Organização**. São Paulo: Gente, 2002.
- CHIAVENATO, I. **Introdução á Teoria Gral da Administração**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.
- CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Prentice hall, 2002. p. 65.

- COELHO, F. A. O. **Motivação nas empresas**. 2004. 57 f. Monografia (Pós-Graduação em Pedagogia Empresarial) - Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.avm.edu.br/monopdf/25/Francisco%20de%20Assis%20de%20Oliveira%20Coelho.pdf>. Acesso em: 20 set. 2011.
- ENGELMANN, E. **A Motivação de Alunos dos Cursos de Artes de uma Universidade Pública do Norte do Pará**. 2010. f. 124. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade estadual de Londrina, Londrina, 2009. Disponível em: <http://www.google.com.br/#hl=pt-BR&output=search&client=psy-ab&q=%C3%A9rico+engelmann&oq=%C3%A9rico+engelman>
- FERREIRA, A. B. H. et. al. **Miniaurélio Século XXI Escolar: o Minidicionário da língua Portuguesa**. 4 ed. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 2001. p. 473.
- FERREIRA, A. et. al. Construção e Validação de uma Escala Multi – Fatorial de Motivação no Trabalho (Multi – moti) . **Comportamento Organizacional e Gestão** . Universidade Lusíada de Lisboa, Lisboa, 2006, v. 12, n. 2, p. 187 – 198. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/cog/v12n2/v12n2a04.pdf> Acesso em 14 abr. 2012.
- GONDIN, S. M. G.; SILVA N. Motivação no Trabalho. In: ZANELLI et al. **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 145-176.
- GREGOLIN, M. R. et. al. A Motivação para o Trabalho e o Comportamento Humano nas Organizações. Pós-graduação (Monografia especialização em gestão estratégica de pessoas lato senso) 2009. p. 59-71. Rev. **Emancipação**, v. 11, n. 5. 2011. Disponível em: <http://WWW.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>. acesso em 14 abr. 2012.
- HITT, M.A.; MILLER, C. C. ; COLLELA, A. **Comportamento Organizacional: Uma abordagem estratégica**. Tradução de Tereza Cristina Padilha de Souza. Rio de Janeiro: LTC, 2007.
- LACERDA, E.R.M.; ABBAD,G. Impacto do Treinamento no Trabalho: Investigando Variáveis Motivacionais e Organizacionais como suas preditoras. Rev. Científica de Administração – RAC. V. 7, n. 4, Out./Dez. 2003. p. 77 – 96. Disponível em : [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-65552003000400005&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-65552003000400005&script=sci_abstract) Acesso em 10 Abr. 2012.
- MAGALHÃES. R. M. **Motivação no Trabalho em Tecnologia de Informação: o estudo de caso de uma instituição financeira brasileira**. 2011. 38f. Monografia (Bacharel em Administração) - Universidade de Brasília, 2011. disponível em: [http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/2692/1/2011\\_RobertoMarcioMagalhaes.pdf](http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/2692/1/2011_RobertoMarcioMagalhaes.pdf). Acesso em: 18 Mar. 2012.
- MAFFEZOLI. C. A. , AIUB, G. W. Fatores Motivacionais para os Profissionais de Produção de calçados em São João Batista-SC. Rev. **Unifeb**. v. 9 Jan. / Jun. 2011. p. 65-80. Disponível em : <http://www.unifebe.edu.br/revistadaunifebe/2011/artigo015.pdf>. Acesso em: 18 Mar. 2012.

- PÉREZ – RAMOS, J. Motivação no trabalho: abordagens teóricas. **Psicologia – USP**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 127-140, 1990. Disponível em: <[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1678-51771990000200004&script=sci\\_arttext](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1678-51771990000200004&script=sci_arttext)> Acesso em 09 Abr. 2012.
- QUEIROZ, I. M. et. al. Diagnóstico Organizacional: um estudo empírico em micro e pequenas empresas de Uberlândia. MG. **rev. UFU**. Universidade Federal de Uberlândia, 2009. v. 8. Disponível em <<http://www.pablo.prof.ufu.br/artigos/cladea8.pdf>> acesso em 09 Abr. 2012.
- ROBBINS, S. P. ; DECENZO, D.A. **Fundamentos da administração**: conceitos essenciais e aplicações. Tradução de Robert Brian Taylor. 4 ed. São Paulo: Pearson Education, 2004.
- SÁ, M.; MACIEL, S. Motivação no Trabalho: Uma Aplicação do Modelo dos dois Fatores de Herzberg. **Rev. Studia Diversa**, CCAE- Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, out. 2007. v. 1, p. 62 - 86. 2007. disponível em: [http://www.ccae.ufpb.br/public/studia\\_arquivos/arquivos\\_01/saulo\\_01.pdf](http://www.ccae.ufpb.br/public/studia_arquivos/arquivos_01/saulo_01.pdf)  
Acesso em: 18 mar. 2012.
- SPECTOR, P. E. **Teorias de motivação dos funcionários**. In: **Psicologia nas Organizações**. Tradução de Solange Aparecida Visconde. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2004. Cap. 8. p. 282 – 316.
- VOLPATO, M. ; CIMBALISTA, S. O processo de inovação como incentivo à inovação nas organizações. **Rev. FAE**. Curitiba, Set. 2002. v. 5, n. 2, p. 75 – 86. Dez. 2002. Disponível em: [http://www.inovacaoedesign.com.br/artigos\\_cientificos/processo\\_de\\_motivacao.pdf](http://www.inovacaoedesign.com.br/artigos_cientificos/processo_de_motivacao.pdf)  
Acesso em: 18 mar. 2012.

**CONHECIMENTO E CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM  
REFERENTE À RESISTÊNCIA BACTERIANA NOS CENTROS  
HOSPITALARES**

Ligia da Cruz Miranda<sup>1</sup>, Hebe Raquel Cardoso Souza Dourado<sup>1</sup>, Caroliny de Oliveira Vasconcelos<sup>1</sup>, Debora Lima Silva<sup>1</sup>, Kezia Azevedo Dourado<sup>1</sup>, Lucas Miranda Freire<sup>1</sup>, Marcos Vinicius Oliveira Carneiro<sup>2</sup>, ElaineAlaneCavalcante<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Alunos do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Irecê - FAI

<sup>2</sup> Professores do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Irecê - FAI

**RESUMO**

**Objetivo:** Avaliar por meio de revisão de literatura o conhecimento dos profissionais de enfermagem relacionado à Resistência Bacteriana (RB) no âmbito hospitalar, identificar quais os equipamentos potenciais para a transmissão dos micro-organismos resistentes e discutir sobre os cuidados da equipe para o controle da transmissão dos microorganismos multirresistentes. **Métodos:** Análise descritiva, por meio de revisão de literatura e observações críticas diante da problemática. Identificaram-se 20 artigos, sendo 09 utilizados na elaboração do trabalho, em função dos critérios de inclusão. **Resultados:** Os dados demonstraram que a percepção e o conhecimento dos profissionais de enfermagem no que diz respeito ao controle da resistência bacteriana (RB), contribuem para um planejamento de ações para a prática de um cuidado mais seguro. **Conclusão:** Conclui-se que apesar do grau de importância, é notório a escassez do conhecimento dos profissionais de saúde, como a equipe de enfermagem além da postura flexível e descomprometida para assegurar o controle da resistência bacteriana (RB) nos centros hospitalares.

**Palavras-chave:** enfermagem; resistência bacteriana; cuidados.

**INTRODUÇÃO**

No decorrer das últimas décadas, o desenvolvimento de fármacos eficientes no combate a infecções bacterianas revolucionou o tratamento médico, ocasionando a redução drástica da mortalidade causada por doenças microbianas. Por outro lado, a disseminação do uso de antibióticos lamentavelmente fez com que as bactérias também desenvolvessem defesas relativas aos agentes antibacterianos, com o consequente aparecimento de resistência. (SILVEIRA et al., 2006).

A resistência bacteriana a antibióticos tornou-se um grande problema de saúde pública em escala mundial, representando uma ameaça para a humanidade (SANTOS, 2004).

As bactérias resistentes são aquelas que apresentam resistência a uma ou mais classes de antibióticos. As infecções causadas por esses microorganismos apresentam maior preocupação devido ao reduzido arsenal terapêutico disponível para tratamento

nestes casos. Muitas bactérias são inofensivas, algumas são benéficas para seu hospedeiro (homem, animal, planta) e provêm nutrientes ou proteção contra patógenos e doenças, limitando a habilidade de colonização de bactérias nocivas.(OLIVEIRA et al., 2013).

A resistência aos antibióticos se desenvolve como uma natural consequência da habilidade da população bacteriana de se adaptar. O uso indiscriminado de antibióticos aumenta a pressão seletiva e, também, a oportunidade da bactéria ser exposta aos mesmos, e facilita a aquisição de mecanismos de resistência. (SANTOS, 2004).

Estamos vivendo um momento único, no qual a disseminação das bactérias resistentes a múltiplas drogas (BRMD) poderá nos levar à era pós-antibiótica, ou seja, ficaremos sem qualquer opção de tratamento para os portadores destas cepas, problema de difícil solução para o portador e para as instituições, que deverão arcar com os altos custos destes tratamentos.(MOURA; GIR, 2007).

No tocante às instituições, cabe a estas garantir o uso racional de antimicrobianos que minimiza a pressão seletiva microbiana, apresentar estrutura física adequada que permita isolamento de pacientes, ter localização adequada e número suficiente de pias para higienização das mãos (HM), fornecer o equipamento de proteção individual(EPI) suficiente e de boa qualidade aos profissionais, possuir uma comissão de controle de infecção atuante no enfrentamento aos micro-organismos resistentes, não apenas na elaboração de normas, mas principalmente voltada para a capacitação profissional. (OLIVEIRA et al., 2013).

## OBJETIVOS

O estudo objetivou avaliar por meio de revisão de literatura qual nível de conhecimento dos profissionais de enfermagem relacionado à Resistência Bacteriana (RB) no âmbito hospitalar, quais equipamentos potenciais para a transmissão dos micro-organismos resistentes e os cuidados. Verificar se os conhecimentos adquiridos no curso profissionalizante são postos em prática e se são satisfatórios ou inadequados no ambiente hospitalar. O presente trabalho também pretende por meio desse estudo ampliar a visão da equipe de enfermagem sobre os problemas causados pela falta de conhecimento e cuidados relacionada à resistência bacteriana.

## MÉTODOS

Tratou-se de uma revisão de literatura em periódicos de língua portuguesa, por meio de pesquisas na plataforma da Cielo, Lilacs, REVENF, Revista Eletrônica de Enfermagem e BVS (Biblioteca Virtual de Saúde). Realizada revisão bibliográfica com pesquisa de artigos entre 2004 a 2014 na Internet usando-se os seguintes termos junto com Enfermagem: Resistência bacteriana, Disseminação da resistência e Infecção hospitalar.

Para análise das publicações foram consideradas como critério de inclusão: descrever os mecanismos da resistência bacteriana, além de abordar os meios para o controle da mesma nos centros hospitalares com foco na equipe de enfermagem. Foram levantados 20 artigos de acordo com o título sendo que 10 destes atenderam aos critérios de inclusão após a leitura dos resumos.

O artigo em seu desenvolvimento foi dividido em três tópicos: Conhecimento da Equipe de enfermagem sobre a resistência bacteriana (RB), instrumentos de meios de transmissão e os cuidados da equipe para o controle da transmissão dos microorganismos multirresistentes. Por meio dessa análise tem-se uma conclusão sobre o nível de conhecimento a equipe de enfermagem analisada e verificar a prática do conhecimento adquirido no curso superior.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisamos o conhecimento da equipe de enfermagem deste estudo sobre a resistência hospitalar e obtivemos os seguintes achados:

### 1. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a resistência bacteriana (RB) no ambiente hospitalar

A disseminação de bactérias antibiótico-resistentes ocorre tanto no ambiente hospitalar como na comunidade. Os hospitais, especialmente, os que possuem unidade de terapia intensiva (UTI), centro cirúrgico, unidades de pediatria, berçário neonatal, clínica médica e/o cirúrgica, em que os pacientes são tratados com antibióticos, representam um "habitat" que alberga bactérias que podem tornar-se resistentes àquelas drogas. (SANTOS, 2004).

Em uma pesquisa feita com o objetivo de avaliar o conhecimento dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de hospital geral de Minas Gerais, quanto às causas da multirresistência bacteriana, os riscos para a equipe de saúde, o

modo de transmissão e susceptibilidade dos pacientes à colonização por bactérias resistentes a múltiplas drogas. Sobre o conhecimento as Bactérias Resistentes a Múltiplas Drogas foram obtidos os seguintes resultados:

Quando interrogados sobre as causas da multirresistência bacteriana, os 42 profissionais avaliados em um estudo 27 (49, 1%) atribuíram a resistência à utilização indiscriminada de antibióticos, seja pelo uso abusivo, inadequado ou prolongado 08 (14,5%) mencionaram, ainda, da longa permanência do paciente no hospital, essas foram as respostas mais atribuídas. Obtiveram respostas em uma menor porcentagem atribuídas ao Uso de antibiótico, falta de identificação do agente etiológico para iniciar tratamentos (cultura), falta da lavagem das mãos, baixa imunidade, tratamentos incompletos, automedicação, colonização de sondas feridas e outros não souberam responder o motivo.(MOURA; GIR, 2007).

A equipe de enfermagem quando questionada sobre os riscos para a sua saúde, quando um paciente contaminado por bactéria resistente a múltiplas drogas, se oferecia algum risco para a equipe de saúde, 41 (97,6%), responderam positivamente e apenas um (2,4%) profissional negou que as BRMD podem representar riscos à equipe. O tipo de risco mais citado foi a "contaminação", com 34 (81%) respostas; apenas um (2,4%) mencionou a propagação das doenças e sete (16,7%) profissionais não souberam responder a quais riscos estavam expostos.(MOURA; GIR, 2007).

Dado de uma pesquisa em outro hospital em Belo Horizonte MG ao questionar a equipe sobre quais fatores poderiam estar associados à disseminação de bactéria multirresistente tendo possivelmente como fonte algum paciente em situação de isolamento no setor onde trabalham, 34,9% atribuíram ao não uso de precaução padrão para o cuidado aos pacientes, independente do seu diagnóstico, seguido pelo uso de um ou mais procedimentos invasivos pelo paciente (21,0%). Sobre as medidas de controle de micro-organismos multirresistentes (MR) adotadas no setor, a HM foi a mais referida pelos profissionais.(OLIVEIRA et al., 2013).

## **2. Instrumentos de meios de transmissão**

Em alguns trabalhos realizados para explicar a transmissão de microorganismos destaca, que pode ocorrer de pessoas a pessoa através de contato indireto (aerossóis, secreção, poeiras e alimentos) ou por contato direto, dependendo de uma fonte como doentes ou portadores. (SILVA et al., 2012).

Os profissionais de enfermagem entrevistados em uma pesquisa científica apresentaram as seguintes respostas: uma frequência de 35 (33,3%) respostas para transmissão por meio de contato direto, 31 (29,5%) por contato indireto, 14 (13,3%), por via aérea, 10 (9,5%) por gotículas infectantes, 8 (7,6%) por visitantes, 4 (3,8%) através de veículo comum contaminado e 3 (2,9%) por técnica inadequada. Entre os profissionais entrevistados somente a transmissão por contato foi lembrada por todos, sendo que as demais formas de transmissão foram menos citadas e, conseqüentemente, de menor importância em sua concepção. O desconhecimento ou o esquecimento de mencionar outras fontes de transmissão como através de via respiratória, por aerossóis ou gotículas infectantes, através de visitantes ou de veículo comum contaminado (água, medicamentos, alimentos), causa inquietação, apontando o grande risco que correm tanto os pacientes como os profissionais de saúde em relação às exposições a estes fatores. (MOURA; GIR, 2007).

Em outro estudo com estudantes universitário de Enfermagem foi avaliado o jaleco após sua utilização em praticas de saúde, depois de utilizados por quatro horas no ambiente de assistência a saúde, observou-se crescimento bacteriano dos microrganismos *Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus epidermidis* em 50% das amostras coletadas. Foi notado que os uniforme e jalecos podem ficar contaminados após, utilizados durante atendimentos clínicos, tirando a sua função de proteção e o remetendo a um objeto de transmissão que pode contaminar o paciente e o profissional gerando prejuízos a saúde dos mesmos, devido a falta de cuidado, uso inadequado ou fora do seu ambiente de trabalho. (MARGARIDO et al., 2014).

### **3. Cuidados da equipe para o controle da transmissão dos microorganismos multirresistentes**

É importante a conscientização de toda a equipe multidisciplinar no processo de prevenção de resistência antimicrobiana. É necessário conscientizar os profissionais de saúde para que os mesmos venham adotar, com responsabilidade, na sua prática assistencial, as principais medidas básicas para o controle das infecções hospitalares e também, quando for o caso, estimulá-los a prática do uso prudente de antibióticos.

Segundo uma pesquisa científica por um estudante e uma enfermeira de Minas Gerais, considera-se que os cuidados para ter o controle da disseminação dos microorganismos multirresistentes incluem estratégias voltadas para: a educação dos profissionais de saúde, a detecção de pacientes sob risco, implementação de isolamento

por contato para pacientes colonizados/infectados, a higienização das mãos, desinfecção de superfícies, restrição/controlado do uso de antimicrobianos, uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), manutenção de um banco de dados com a identificação de todos os pacientes colonizados/infectados, além da educação do paciente e da reformulação das políticas públicas. (OLIVEIRA; SILVA, 2008)

Em outra pesquisa feita por professores de Ribeirão Preto (SP), sobre o conhecimento dos profissionais de saúde, as principais estratégias mencionadas para a implementação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar por profissionais da área específica foram o treinamento de pessoal, elaboração de manuais com normas e rotinas de controle de infecção, envolvimento das chefias e estudos de custo e benefício. (MOURA; GIR, 2007).

Estudos sobre a percepção e conhecimento dos profissionais em relação aos desafios para o controle da resistência bacteriana contribuem com informações para a reflexão da dimensão percebida da resistência bacteriana no ambiente hospitalar, favorecendo o planejamento de ações para a prática de um cuidado mais seguro. (OLIVEIRA et al., 2013).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que apesar do grau de importância, é notório a escassez do conhecimento dos profissionais de saúde, como a equipe de enfermagem, além da postura flexível e descomprometida para assegurar o controle da resistência bacteriana (RB) nos centros hospitalares.

Acreditamos ter identificado alguns dos fatores relevantes para explicar a conduta do profissional frente às medidas de controle em relação à transmissão dos microorganismos multirresistentes nos centros hospitalares.

Observa-se que, atualmente a visão dos profissionais da área da saúde se encontra de certa forma arcaica, e consumida, naturalmente pelo estresse da profissão. Como resultados desse problema têm os meios de transmissão e perigos que os próprios profissionais estão expostos.

É certo que o cuidar da vida presente e futura das pessoas é uma obrigação de todos, mas particularmente dos profissionais de saúde, que tem um papel importante para passar o conhecimento sobre a transmissão e os cuidados necessários para evitar a resistência bacteriana.

**REFERÊNCIAS**

- PEREIRA, E. P. L.; CUNHA, M. L. R. S. Avaliação da colonização nasal por *Staphylococcus spp.* Resistente à oxacilina em alunos de enfermagem. *J BrasPatolMedLab*, v. 45, n. 5, p. 361-369, outubro. 2009.
- SILVA, E. C. B. F.; et al. Colonização pelo *Staphylococcus aureus* em profissionais de enfermagem de um hospital escola de Pernambuco. *RevEscEnferm USP*, v. 46, n. 1, p. 132-137, 2012.
- MARGARIDO, C. A.; et al. Contaminação microbiana de punhos de jalecos durante a assistência à saúde. *RevBrasEnferm*, v. 67, n. 1, p. 127-132, jan-fev, 2014.
- OLIVEIRA, A. C.; et al. Desafios e perspectivas para a contenção da resistência bacteriana na óptica dos profissionais de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 15, n. 3, p. 747-754, jul-set, 2013.
- OLIVEIRA, A. C.; SILVA, R.S. Desafios do cuidar em saúde frente à resistência bacteriana: uma revisão. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 10, n.1, p. 189-197, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a17.htm>
- HOEFEL, H. H. K.; LAUTERT, L. Administração endovenosa de antibióticos e resistência bacteriana: responsabilidade da enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 08, n. 03, p. 441-449, 2006. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a15.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a15.htm)
- SANTOS, N. Q. A resistência bacteriana no contexto da infecção hospitalar. *Texto Contexto Enferm*, v. 13, (n.esp), v. 64-70, 2004.
- MOURA, J. P.; GIR, E. Conhecimento dos profissionais de enfermagem referente à resistência bacteriana a múltiplas drogas. *Acta Paul Enferm*, v. 20, n. 3, v. 351-356, 2007.
- SILVEIRA, G.P.; et al. Estratégias Utilizadas No Combate a Resistência Bacteriana. *WEB*, v.29, n.4, p. 844-855.2006.

**CONTRIBUIÇÃO DA LIBRAS PARA A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO:  
REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE APRENDIZAGENS  
VIVENCIADAS NA FAI**

Maria da Conceição Araújo Correia \*; Nadja Shirley de Andrade Cavalcante \*\*, Iza Rocha Souza\*\*\*

\*Pedagoga, Coordenadora Acadêmica da FAI, Professora da Universidade do Estado Da Bahia, Departamento de Ciências Humanas e Tecnologias, *Campus-XVI*,

\*\*Enfermeira, Especialista em Docência do Ensino Superior e Enfermagem do Trabalho Coordenadora do Curso de Enfermagem da FAI.

\*\*\*Pedagoga, Especialista em Educação em Libras, Professora da FAI, Tradutora e Intérprete de Língua de Sinais e Coordenadora do Núcleo de Atendimento à Pessoas com Necessidades Específicas do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia, *Campus Irecê*,

**RESUMO**

O objetivo desse artigo é descrever as atividades desenvolvidas e respaldar sobre a importância deste programa de disciplina na vida dos futuros enfermeiros. O artigo apresenta reflexões sobre o processo de aprendizagem dos alunos do 3º semestre do curso de Enfermagem da Faculdade Irecê – FAI, através do componente curricular Libras no Curso de Enfermagem da FAI. A metodologia utilizada foi muito importante nesta construção de saberes sobre o movimento da inclusão e na garantia do direito a acessibilidade na comunicação para pessoas surdas, conhecendo as políticas públicas para inclusão, extinguido utopias construídas pela falta de conhecimento sobre a Língua Brasileira de Sinais. As reflexões sobre as vivências obtidas durante as aulas trouxeram debates bastante significativos referentes às situações ocorridas no campo de trabalho, dando possibilidades para refletir sobre as dificuldades enfrentadas por Enfermeiros, pela falta de conhecimento da comunidade em geral e dos profissionais Enfermeiros. Como toda a sociedade, os surdos necessitam de meios para um atendimento adequado e seguro, desse modo, a inclusão do componente curricular Libras no Curso de Enfermagem da FAI, por meio de suas discussões teóricas e atividades práticas, tem contribuído para a formação de profissionais com visão holística do ser, mais conscientes, éticos e comprometidos a prestar atendimento integral e humanizado aos usuários surdos, numa relação de compreensão e respeito.

**Palavras - Chave:** Formação, Enfermagem, Inclusão e Libras.

**INTRODUÇÃO**

A Língua Brasileira de Sinais - Libras, como resultado de debates, pressões e reivindicações da comunidade surda e acadêmica, emergindo uma nova legislação federal – Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, e Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005), o que é importante para nortear o atendimento escolar do aluno surdo com atenção a aspectos da abordagem bilíngue.

A Lei nº 10.436/02 refere-se ao reconhecimento e à legitimidade da Libras em todos os espaços públicos, e também à obrigatoriedade de seu ensino como parte integrante das diretrizes curriculares nos cursos de formação de educação especial, e magistério, em nível médio e superior. O Decreto nº 5.626/2005 que regulamenta a referida Lei, trata, entre outras

providências, sobre educação de surdos, modos de atendimento nos diferentes níveis de ensino e modos de prover acessibilidade linguística a eles, além da inclusão da Libras como componente curricular nos cursos de magistério, educação especial, fonoaudiologia, pedagogia e demais licenciaturas. Amplia-se assim, a difusão da Libras e sinaliza-se o interesse pela formação de futuros profissionais cientes da condição linguística diferenciada dos alunos surdos.

O Decreto supracitado também dispõe sobre a formação do professor bilingue e do instrutor surdo de Libras; a formação do tradutor e intérprete de Libras/língua portuguesa; e o direito dos surdos de ter acesso às informações em Libras e à educação bilingue.

Justifica-se o relato de experiência, a difusão do trabalho que está sendo realizado no meio acadêmico, pois como todas as pessoas, os sujeitos com surdez precisam de recursos para um atendimento com qualidade e segurança, assim, a inserção de Libras no currículo de Enfermagem da FAI, com suas atividades teóricas e práticas, tem favorecido com a capacitação de Enfermeiros com visão mais humanizada dos sujeitos, e mais motivados a atender de forma mais plena os usuários com surdez.

Contribuindo de forma muito significativa para formação acadêmica dos enfermeiros, a Faculdade Irecê - FAI traz no seu currículo o componente Libras com o objetivo de utilizar a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) em contextos da saúde - Enfermagem e no cotidiano, contribuindo para eficácia no atendimento e a inclusão efetiva do sujeito surdo. Através do plano de ensino, programa-se atividades teórico práticas promovendo o acesso ao conhecimento da política de inclusão, e as atividades práticas que tem sido uma ferramenta essencial para os futuros enfermeiros, pois elas têm auxiliado os alunos a se prepararem para o exercício da profissão abrindo mais um leque de possibilidades na perspectiva de adquirir as noções básicas de uma comunicação visual-gestual com pessoas surdas. Tais reflexões sobre as vivências obtidas durante as aulas trouxeram debates bastante significativos para os acadêmicos referentes às situações ocorridas no campo do trabalho, dando possibilidades para refletir sobre as dificuldades enfrentadas por Enfermeiros ao atender pessoas com surdez. O plano de aula possibilitou estar inserido nas discussões sobre o movimento da inclusão e a visão do sujeito surdo na comunidade ouvinte. Através das atividades didático-pedagógicas buscou-se identificar e conhecer a Libras, vivenciá-la, repensar os paradigmas da exclusão social que perdura ao longo dos tempos. Neste artigo será apresentado alguns procedimentos que foram vivenciados com os discentes de acordo a proposta do componente, os resultados destas atividades e encaminhamentos, quais estratégias foram utilizadas para minimizar as dificuldades dos discentes e quais as atividades foram mais relevantes no componente.

Todo esse processo foi acompanhado de algumas leituras que facilitaram a compreensão sobre as políticas públicas para a inclusão no Brasil e fora dele. Esse procedimento foi iniciado para melhor entendimento e compreensão porque a Língua Brasileira de Sinais é uma segunda língua no País. Em seguida será relatado sobre a trajetória dos encontros que foram realizados em alguns espaços da FAI.

Mediante as atividades propostas, a princípio o grupo do 3º semestre demonstrava não acreditar na proposta, que a partir do envolvimento com as atividades, perceberam a necessidade de conhecer as dificuldades dos surdos, e se empenharam a aprender Libras, com isso maior envolvimento nas diversas atividades desafiadoras em sala de aula.

Dessa forma este artigo está organizado em seis seções que vem trazer reflexões e impressões dos discentes, da professora e da Coordenadora do Curso, sobre a importância e as contribuições do componente Libras para a formação acadêmica, considerando as vivências e as experiências na prática na área da Enfermagem.

O objetivo desse artigo é descrever as atividades desenvolvidas e respaldar sobre a importância deste programa de disciplina na vida dos futuros enfermeiros, uma vez que essa experiência reflete diretamente na formação destes discentes, visto que ele possibilita ao acadêmico compreender a estrutura da Língua e sua importância cultural e social para a comunidade em geral. Apresentar alguns resultados que obteve, durante esse processo. Trazer algumas mudanças de paradigmas que ocorrem aos se aproximar da Libras desde que iniciamos o componente se de fato ele tem contribuído e de que forma? São algumas das questões que serão transcorridas ao longo deste trabalho.

Para fundamentar este Relato de Experiência será utilizado alguns documentos legais e teóricos para dar embasamento aos argumentos apresentados neste artigo, os estudos baseados na Declaração de Salamanca (1994), na Conferência Mundial de Educação para Todos (1990), na Lei 10.436/02 e no Decreto 5626/05, na Lei nº 13.146/15, na autora Audrei Gesser (2009) que discute aspectos importantes da Língua de Sinais, do Surdo e da Surdez, esclarecendo para os discentes aspectos importantes para a aprendizagem da Libras. Essa escritora tornou-se uma referência ao apresentar de forma clara as questões que envolvem a comunidade surda. Também foi utilizado como referência Goes (2012) que trata da linguagem, surdez e educação, assim como Carlos Skliar (2005), que é referência nacional nos estudos na área da surdez.

Este estudo apresenta algumas das principais atividades com embasamento em relação a Libras e a formação do Enfermeiro, visto que os discentes não reconheciam a Libras como a Língua materna dos Surdos e segunda língua dos ouvintes. Então passando por esse processo de desenvolvimento, onde foi iniciado com a apresentação da ementa e proposta de trabalho que foi sendo desenhada à medida que as aulas iam acontecendo. A turma a princípio não demonstrou motivação para a proposta. Desde o início fui motivando e levando desafios para o encantamento com o componente e aceitação das atividades a serem realizadas.

A princípio o grupo esteve voltado para a abordagem histórica da Libras, seus Parâmetros e sua estrutura. Em seguida a cada aula o vocabulário era ampliado com as questões do cotidiano e por fim as questões da Libras no contexto do Enfermeiro (a).

Dentre as atividades envolvendo convidados, foi articulado um Seminário temático muito produtivo com o eixo norteador Políticas Públicas para Educação de Surdos, comemorando o Dia Nacional do Surdo, envolvendo os alunos do Curso de Psicologia, onde através dos convidados, inclusive um surdo, pode-se perceber que muito do que havíamos estudado em sala de aula, eram situações percorridas por teóricos, que de acordo com que foi discutido, foi possível entender que o ponto de partida de toda aprendizagem da Libras é entender o sujeito surdo e sua comunidade e garantir o direito e o respeito pela sua comunicação gestual visual.

Os palestrantes discorreram sobre os seguintes temas: Políticas públicas para inclusão do surdo, o papel do intérprete para a comunicação eficaz, o Projeto Filhos do Silêncio.

Assegurando o que já foi relatado o surdo se trata de um sujeito que se comunica utilizando-se dos cinco Parâmetros da Libras: Configuração de Mãos (CM), Ponto de Articulação (PA), Movimento (M), Orientação (O) e Expressão Facial/ Corporal. Ressaltando que a comunicação gestual visual depende da combinação de todos eles.

Sobre isso, segundo Felipe (2004, p.22), os sinais em Libras são formados:

[...] a partir da combinação do movimento das mãos com determinado formato em um determinado lugar, podendo este lugar ser uma parte do corpo ou um espaço em frente ao corpo. Estas articulações podem ser comparadas aos fonemas e às vezes aos morfemas, são chamadas de parâmetros, portanto, nas línguas de sinais podem ser encontrados os seguintes parâmetros: configuração das mãos; ponto de articulação; movimento; orientação/direcionalidade; expressão facial e /ou corporal.

Segundo Bento (2008) **Configuração das Mãos (CM)** – são as formas das mãos e que podem ser da datilologia (alfabeto manual) ou demais formas feitas manualmente; **Localização ou Ponto de Articulação (PA)** – lugar onde incide a mão configurada, podendo, até mesmo, tocar parte do corpo ou estar em um espaço neutro vertical; **Movimento (M)** – os sinais

podem ter movimentos ou não, para indicar a sua informação; **Orientação / Direcionalidade (O)** – os sinais possuem uma direção, relacionados com os demais parâmetros; e **Expressão Não-manual (ENM)** – extremamente importante para a compreensão da mensagem, pois serve como diferenciador, atuando como complemento dos sinais manuais, a fim de se ter maior entendimento da informação a ser passada.

Conforme afirmado anteriormente, as línguas de sinais apresentam como característica específica a simultaneidade na articulação dos fonemas. Assim, uma mesma CM e um mesmo movimento, com locação diferente, resulta em mudança de significado, formando um par mínimo. Pizzio (2006) afirma que os pares mínimos nas línguas de sinais também são encontrados a partir CM e do M, evidenciando a existência das unidades sem significados na língua que implicam mudança de significado da palavra.

Assim, o Seminário veio reafirmar os parâmetros da Libras e o contexto na comunicação com sinais e sua relevância social para a comunidade surda e ouvinte.

Em seguida o grupo faz uma visita a Associação dos Deficientes Visuais de Irecê – ADEVIR para conhecer de perto a instituição, sua função e saber se lá existe surdo cego.

Também foi realizada uma atividade onde cada grupo deveria simular a assistência a um usuário surdo no serviço de emergência utilizando a língua brasileira de sinais. Esta atividade tinha o objetivo de trazer a Libras para o contexto da Enfermagem.

## CONTRIBUIÇÃO DO COMPONENTE CURRICULAR LIBRAS PARA A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

### **Desafios e perspectivas para o discente**

Durante a disciplina o grupo demonstrou interesse e envolvimento nas diversas atividades teóricas-práticas, compreendendo a importância das noções básicas para uma maior aproximação com a Libras, percebendo a necessidade de que o profissional esteja apto a receber as pessoas surdas, enquanto direito a eles garantido.

Durante as aulas, relatavam que o componente curricular os despertou para a relevância do aprendizado da Língua de Sinais para poderem atender bem o usuário surdo, não apenas porque a legislação assegura este direito, mas também por uma questão humana, caso contrário a vida destas pessoas estaria em risco, especialmente em casos de emergência poderia não haver tempo para se conseguir um intérprete, por isso apesar dos desafios inerentes ao aprendizado de uma segunda língua se empenhavam com afinco neste estudo com o intuito de se qualificarem enquanto profissionais para atender bem a todos, inclusive aos surdos, com isto favorecendo para que a inclusão de fato aconteça.

Os discentes reconheceram que os surdos são pessoas que se diferenciam apenas pela comunicação por meio de uma outra Língua que não é oral-auditiva, mas gestual visual e visto que a maioria deles não conseguem se oralizar nem conhecem a Língua Portuguesa na modalidade escrita, cabe aos ouvintes aprender a Língua de Sinais para poder haver uma comunicação com eles. Também este aprendizado é um diferencial, dada a escassez de profissionais, inclusive na área de saúde, que conhecem esta Língua.

#### **Implicações no processo formativo do enfermeiro no olhar da Coordenação do Curso**

O processo formativo dos acadêmicos do curso de Bacharelado em enfermagem da FAI está pautado em aspectos técnicos, científicos e humanísticos. Este último subsidia a inclusão do componente Libras na matriz curricular do curso na medida em que favorece a acessibilidade da pessoa surda aos serviços de saúde aprimorando a relação profissional-usuário, visando uma assistência integral e humanizada.

Vale ressaltar que, de acordo com o Decreto nº 5626/05, o componente Libras não é obrigatório para o curso de enfermagem. No entanto, a FAI entende que tê-la como componente obrigatório, nesse curso, fortalece a formação do enfermeiro no que concerne aos aspectos éticos e humanos, favorecendo o desenvolvimento de uma visão crítica e holística do ser.

Nesse aspecto, esse componente vem preencher uma lacuna percebida na formação do enfermeiro quebrando barreiras na comunicação e fortalecendo a compreensão das necessidades dos usuários surdos.

De acordo com o Plano de Promoção de Acessibilidade e Atendimento diferenciado a Pessoa com Necessidade Especial disposto no Plano de Desenvolvimento Institucional – PDI da FAI, considera-se acessibilidade à condição para a utilização com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transportes e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida.

Nesse sentido, a Faculdade Irecê, atende à Portaria MEC nº 3.284, de 7/11/2003, que dispõe sobre requisitos de acessibilidade de pessoas com deficiências que devem ser atendidas pelas IES.

A respeito do tratamento diferenciado, a instituição está comprometida em disponibilizar, sempre que for necessário, o seguinte:

- serviços de atendimento para pessoas com deficiência auditiva, prestado por intérpretes ou pessoas capacitadas em Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS e no trato

com aquelas que não se comuniquem em LIBRAS, e para pessoas surdo-cegas, prestado por guias intérpretes ou pessoas capacitadas neste tipo de atendimento;

- sinalização ambiental para orientação;

Além do atendimento prioritário a Faculdade Irecê desenvolve junto ao curso de graduação em enfermagem projetos de extensão para atender ao público com necessidades especiais preparando os alunos para um mercado de trabalho amplo e promissor, além de cumprir com o seu papel social.

### PERCURSO METODOLÓGICO

O cenário do estudo foi na Faculdade Irecê no Curso de Enfermagem que está localizada no Bairro Recanto das Árvores do Município Irecê na Bahia.

Os alunos foram subdivididos em grupos de cinco, e cada subgrupo teve a oportunidade de realizar as atividades de estudo em grupo, relato da visita de campo, organização do Seminário e por fim a simulação de atendimento em emergência que transformou-se em atividade avaliativa.

Participaram do estudo 23 alunos no período de Julho a Dezembro do ano 2016. É importante ressaltar que o componente Libras faz parte do Currículo do Curso, portanto os alunos precisam cursar as 60h.

No primeiro dia, fora apresentado o Plano de ensino com Ementa e atividades a serem realizadas, seus objetivos e diretrizes, e foi fornecido aos alunos um cronograma das atividades a serem desenvolvidas, sugestões de referências bibliográficas e um roteiro para a implementação das atividades que consta dos seguintes conteúdos e dos seguintes objetivos: **objetivo geral:** Utilizar a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) em contextos da saúde - Enfermagem e no cotidiano, contribuindo para eficácia no atendimento e a inclusão efetiva do sujeito surdo. Reconhecer a imagem do sujeito surdo e conceitos que permeiam a surdez; compreender a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) como uma língua natural; reconhecer a estrutura fonológica, morfológica e sintática da LIBRAS, a partir das contribuições da Linguística; identificar e reconhecer aspectos de variação linguística da LIBRAS; reconhecer a importância da utilização da LIBRAS no atendimento ao paciente surdo.

Para atender aos objetivos acima foram trabalhados conceitos importantes para o entendimento e compreensão da estrutura da língua de Sinais, tais como Conceituação e Caracterização da Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS - como fonte de comunicação e expressão do surdo. Estudos dos pressupostos teórico-históricos, filosóficos, sociológicos,

pedagógicos e técnicos da Língua Brasileira dos Sinais, instrumentos para a comunicação com o paciente surdo. Utilização de LIBRAS na comunicação entre o profissional de enfermagem e o paciente surdo, contribuindo para o reconhecimento dos direitos e competências como sujeito e cidadão. Contribuir para a eficácia no atendimento do sujeito surdo na área de saúde, bem como sua inclusão social.

Este estudo apresenta algumas das principais atividades com embasamento em relação a Libras e a formação do Enfermeiro, visto que os discentes não reconheciam a Libras como a Língua materna dos Surdos e segunda língua dos ouvintes. Então passando por esse processo de desenvolvimento, onde foi iniciado com a apresentação da ementa e proposta de trabalho que foi sendo remodelada à medida que as atividades iam acontecendo. A turma a princípio não demonstrou motivação para a proposta. Desde o início fui motivando e levando desafios para o encantamento com o componente e aceitação das atividades a serem realizadas.

A princípio o grupo esteve voltado para a abordagem histórica da Libras, seus Parâmetros e sua estrutura. Em seguida a cada aula o vocabulário era ampliado com as questões do cotidiano e por fim as questões da Libras no contexto do Enfermeiro (a).

Dentre as atividades envolvendo convidados, foi articulado um Seminário temático muito produtivo com o eixo norteador Políticas Públicas para Educação de Surdos, comemorando o Dia Nacional do Surdo, envolvendo os alunos do Curso de Psicologia, onde através dos convidados, inclusive um surdo, pode-se perceber que muito do que havíamos estudado em sala de aula, eram situações percorridas por teóricos que de acordo com que foi discutido, foi possível entender que o ponto de partida de toda aprendizagem da Libras é entender o sujeito surdo e sua comunidade e garantir o direito e o respeito pela sua comunicação gestual visual.

Os palestrantes discorreram sobre os seguintes temas: Políticas públicas para inclusão do surdo, o papel do intérprete para a comunicação eficaz, o Projeto Filhos do Silêncio. Esta ação pedagógica foi uma atividade que resgatou no grupo o potencial e autonomia que eles têm para realizar atividades de cunho científico com qualidade e eficiência. Assegurando o que já foi relatado o surdo se trata de um sujeito que se comunica utilizando-se dos cinco Parâmetros da Libras: Configuração de Mãos (CM) Ponto de Articulação (PA), Movimento (M) Orientação (O) e Expressão Facial/ Corporal. Ressaltando que a comunicação gestual visual depende da combinação de todos eles.

Sobre isso, segundo Felipe (2004, p.22), os sinais em Libras são formados:

[...] a partir da combinação do movimento das mãos com determinado formato em um determinado lugar, podendo este lugar ser uma parte do corpo ou um espaço em frente ao corpo. Estas articulações podem ser comparadas aos fonemas e às vezes aos morfemas, são chamadas de parâmetros, portanto, nas línguas de sinais podem

ser encontrados os seguintes parâmetros: configuração das mãos; ponto de articulação; movimento; orientação/direcionalidade; expressão facial e /ou corporal.

Conforme afirmado anteriormente, as línguas de sinais apresentam como característica específica a simultaneidade na articulação dos fonemas. Assim, uma mesma CM e um mesmo movimento, com locação diferente, resulta em mudança de significado, formando um par mínimo. Pizzio (2006) afirma que os pares mínimos nas línguas de sinais também são encontrados a partir CM e do M, evidenciando a existência das unidades sem significados na língua que implicam mudança de significado da palavra.

Assim, o Seminário veio reafirmar os parâmetros da Libras e o contexto na comunicação com sinais e sua relevância social para a comunidade surda e ouvinte.

Em seguida o grupo faz uma visita a Associação dos Deficientes Visuais de Irecê – ADEVIR para conhecer de perto a instituição, sua função e saber se lá existe surdo cego.

Também foi realizada uma atividade onde cada grupo deveria simular um atendimento em uma emergência em Libras com interprete. Esta atividade tinha o objetivo de trazer a libras para o contexto da Enfermagem e teve a participação de uma intérprete.

## RESULTADO E DISCUSSÕES

O componente curricular Libras no curso de Enfermagem da FAI tem levado os discentes a terem empatia pelos usuários surdos e compreenderem que o problema para a sua efetiva inclusão social não está nestes sujeitos, mas nas circunstâncias adversas do meio que estão inseridos, desta forma tem-se rompido uma das barreiras mais difíceis de serem removidas – a atitudinal, que é definida na Lei nº 13.146/15 como: “atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas”.

*O nosso problema, em consequência, não é a surdez, não são os surdos, não são as identidades surdas, não é a língua de sinais, mas, sim, as representações dominantes, hegemônicas e “ouvintistas” sobre as identidades surdas, a língua de sinais, a surdez e os surdos. (Skliar, 2005, p.30)*

Com isso eles têm compreendido o seu papel no atendimento aos usuários surdos, que não são estes usuários que tem que se adequarem para terem um atendimento pleno e eficaz, mas cabe a eles enquanto profissionais estarem preparados para atender com eficiência a todos, inclusive aqueles que se comunicam por meio da Língua de Sinais, aspecto que foi bem evidenciado no estudo da Declaração de Salamanca que, conforme segue:

(...) assume que as diferenças humanas são normais e que, em consonância com a aprendizagem de ser adaptada às necessidades da criança, ao invés de se adaptar a criança às assunções pré-concebidas a respeito do ritmo e da natureza do processo de aprendizagem. (...) Uma pedagogia centrada na criança pode impedir o desperdício de recursos e o enfraquecimento de esperanças, tão frequentemente consequência de uma instrução de baixa qualidade e de uma mentalidade educacional baseada na idéia de que "um tamanho serve a todos". Escolas centradas na criança são além do mais a base de treino para uma sociedade baseada no povo, que respeita tanto a diferenças quanto a dignidade de todos os seres humanos. (...) Por um tempo demasiadamente longo os problemas das pessoas portadoras de deficiência têm sido compostos por uma sociedade tem prestado mais atenção aos impedimentos do que aos potenciais de tais pessoas. (UNESCO, 1994).

Estes estudos têm estimulados os discentes a valorizarem as diferenças ao invés de considerarem um problema, combatendo uma visão estereotipada das pessoas surdas e evitando práticas segregadoras.

Deste modo caminha-se para a materialização do Decreto nº 5626/05 em seu capítulo VII que trata da garantia do direito à saúde das pessoas surdas ou com deficiência auditiva, que reza em seu Art. 25.

A partir de um ano da publicação deste Decreto, o Sistema Único de Saúde - SUS e as empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, na perspectiva da inclusão plena das pessoas surdas ou com deficiência auditiva em todas as esferas da vida social, devem garantir, prioritariamente aos alunos matriculados nas redes de ensino da educação básica, a atenção integral à sua saúde, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas, efetivando: VIII - orientações à família sobre as implicações da surdez e sobre a importância para a criança com perda auditiva ter, desde seu nascimento, acesso à Libras e à Língua Portuguesa; IX - atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva na rede de serviços do SUS e das empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, por profissionais capacitados para o uso de Libras ou para sua tradução e interpretação; e X - apoio à capacitação e formação de profissionais da rede de serviços do SUS para o uso de Libras e sua tradução e interpretação. (BRASIL, 2005)

A capacitação destes profissionais da área de Enfermagem em Libras favorecerá a atenção integral à saúde das pessoas com perda auditiva por poder compreendê-los em suas demandas e ser compreendidos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comunicação é fundamental para o convívio social, assim como para o relacionamento entre enfermeiro e usuário, a barreira na comunicação entre eles pode colocar em risco a assistência prestada, comprometendo o diagnóstico e tratamento dos sujeitos surdos.

Diante desta afirmação e nos depoimentos em sala de aula torna-se evidente a importância do conhecimento da Libras no processo formativo dos alunos da FAI, considerando que os usuários surdos, como toda a sociedade, necessitam de meios para um

atendimento adequado e seguro, desse modo, a inclusão do componente curricular Libras no Curso de Enfermagem da FAI, por meio de suas discussões teóricas e atividades práticas, tem contribuído para a formação de profissionais com visão holística do ser, mais conscientes, éticos e comprometidos a prestar atendimento integral e humanizado aos usuários surdos, numa relação de compreensão e respeito.

#### REFERÊNCIAS:

BENTO, I BENTO, I. C. B. ; BUENO, S. M. V. . **Capítulo IV: Cultura, Educação e saúde do surdo: uma reflexão.** In: BUNEO, S.M.V.; MOKWA, VMNF; MIASSO, AI (ORG). **(Org.). Trabalhando o cenário da saúde.** Rib. Preto: FIERP, 2008, v. , p. 22-29.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. **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.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.146/15, de 06 de Julho de 2015.** Lei de Inclusão. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei 10.436/02 , de 24 de Abril de 2002.** Lei que institui a Língua Brasileira de Sinais no Brasil. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. **Decreto 5626/05 de 22 de Dezembro de 2005** que regulamenta a Lei 10.436/02. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. **Portaria MEC nº 3.284, de 7/11/2003.** Brasília, DF:2003.

FELIPE, Tanya A. **A Função do Intérprete na escolarização do Surdo falante de Libras.** Texto da palestra. 2004.

GOES, M.C.R. de. **Linguagem Surdez e Educação .** Campinas, SP: Autores Associados , 2012.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.I E. D. A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

Pizzio, A. L. **Aquisição da Língua de Sinais.** Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2011.

SKLIAR, Carlos. **A Surdez: Um Olhar Sobre as Diferenças.** 3. ed. Porto Alegre: Mediação, 2005.

UNESCO, **Declaração de Salamanca de Princípios Política e Prática para as Necessidades Educativas Especiais.** Brasília: CORDE 1994.

## OBSERVAÇÃO DA GESTÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM UMA UNIDADE HOSPITALAR NO MUNICÍPIO DE JOÃO DOURADO, BAHIA

Ana Paula Oliveira Inô<sup>1</sup>; Carine Barreto de Carvalho<sup>1</sup>; Viviane Alves Damasceno<sup>1</sup>; Ivania Batista de Oliveira Farias<sup>2</sup>; Sindi Soares Santiago Silva<sup>1</sup>; Milla Raiete Machado Vieira<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Alunos do curso de graduação em Enfermagem da FAI

<sup>2</sup> Professora do curso de graduação em Enfermagem da FAI

### RESUMO

**Introdução:** Entre as mais variadas formas de resíduos, temos os Resíduos de Serviços de Saúde (RSS), materiais descartados pelos diversos estabelecimentos de saúde, como hospitais, clínicas e necrotérios, estes são resíduos que não possui uma composição uniforme, sendo formados por diversos materiais que são classificados de forma distinta. **Objetivos:** Buscar investigar através de observações feitas, a atuação dos profissionais do estabelecimento de saúde e a conduta do próprio estabelecimento observado quanto ao descarte adequado do lixo hospitalar. **Métodos:** A partir de uma observação não participante foi possível construir este estudo, tendo em vista o saber ver, e saber descrever de forma sistemática o que foi observado. **Resultados e Conclusões:** Com esta observação notou-se que os RSS comuns eram descartados com os resíduos infectantes do estabelecimento, deve-se ainda mencionar que não é indicado tal ação, pois cada tipo de resíduo deve ter sua segregação diferenciada de acordo com as regulamentações que garantem esta distinção. Compreendida a importância que o meio ambiente tem em relação à saúde, considera-se que é imprescindível que os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre as consequências do descarte inadequado do lixo para a saúde coletiva.

**Palavras-chave:** RSS. Segregação. Materiais. Saúde.

### INTRODUÇÃO

Desde a Revolução Industrial e a acelerada urbanização que se propagaram de forma global, começou-se a usar de forma discriminada os recursos naturais da biosfera. O sistema capitalista deu origem a uma sociedade caracterizada pelo consumismo e desperdício, onde todos os dias são lançados à natureza toneladas de resíduos, produtos desconhecidos dos agentes naturais, incapazes de serem degradados (FERREIRA, 1995). O volume crescente de resíduos produzido nos centros urbanos e industriais tem sido motivo de grande preocupação, sendo um dos principais temas nas discussões envolvendo o meio ambiente. Isso se dá em parte pela questão da poluição ambiental, como a poluição do solo, água e ar, consequência do descarte incorreto desses resíduos, o que leva também outros agravos relacionados à saúde.

Em consequência, a Constituição Federal Brasileira de 1988 impõe ao Estado e à sociedade, o dever de preservar e proteger o meio ambiente em todas as suas dimensões espaciais e temporais. Esta consciência de preservação torna-se importante, pois os fatores

que determinam e/ou condicionam a saúde estão vinculados ao meio ambiente de várias maneiras.

Entre as mais variadas formas de resíduos, temos os resíduos de serviço de saúde (RSS) materiais descartados pelos diversos estabelecimentos de saúde, como hospitais, clínicas e necrotérios, estes são resíduos que não possui uma composição uniforme, sendo formados pelos mais diversos materiais. Sendo necessário que cada tipo de resíduo deste grupo seja tratado de determinada forma (RODRIGUES, et al, 2014).

Segundo Ferreira (1995), no Brasil há mais de 30 mil unidades de saúde produzindo resíduos e, na maioria das cidades, estes resíduos não tem uma destinação final adequada, predominando os lixões a céu aberto.

Desta forma, o presente trabalho pretende através dos conhecimentos adquiridos na literatura, busca investigar através de observações feitas, a atuação dos profissionais do estabelecimento de saúde e a conduta do próprio estabelecimento observado quanto ao descarte adequado do lixo hospitalar.

## MÉTODOS

A metodologia utilizada para realização do presente estudo foi a de observação não participante de um ambiente de saúde a fim de verificar as condições de tratamento dos resíduos hospitalar, neste sentido o intuito inicial foi observar, mas não somente ver e sim saber ver e saber descrever com fidedignidade os fatos relacionados com o tema de forma pericial com base nas legislações do referido assunto.

De acordo com Machado e Isse (2011, p.12):

Segundo Bailey apud Vianna (2007, p.14), "ao longo dos anos, a observação tem contribuído, sem sombra de dúvida e sem contestação empiricamente fundamentada, para o desenvolvimento do conhecimento científico, sendo uma técnica metodológica valiosa, especialmente para coletar dados de natureza não verbal".

Neste sentido a observação não participante tem como objetivo estar afastado o suficiente do informante para não distraí-lo, mas perto o bastante para observar como o trabalho é feito para não perder detalhes.

Com isso deve-se saber que a observação de detalhes é bastante comum na rotina das pessoas e por isso precisa de conhecimento científico suficiente para saber que não se trata de uma observação corriqueira do dia-a-dia e sim uma observação científica e sistemática. Esta observação sistemática (planejada), é um método de extrema importância para pesquisas de campo, pois facilita o processo de observação a fim de saber com plena certeza o caminho que se deve seguir para a correta observação dos processos relacionados, é possível com este

método verifica a dificuldade do trabalho, o processo, a organização e o conhecimento técnico e científico sobre determinada coisa que estará sendo observada (RÚDIO, 1985).

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

O correto descarte dos RSS e a classificação destes em cinco grupos encontram--se indicado legalmente pela ANVISA e pela Resolução RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004, com o intuito de empregar medidas técnicas, administrativas e normativas para prevenir acidentes, preservando a saúde pública e o meio ambiente. Seguindo esta mesma resolução da ANVISA, estes resíduos devem ser classificados em cinco grupos, sendo o grupo A representado pelos resíduos potencialmente infectantes, sendo assim a categoria mais perigosa, pois ela contém ou pode conter a presença de agentes biológicos, com riscos de infecção. Este grupo é dividido em cinco subgrupos que vão de A1 a A5. No subgrupo A1 classificam os resíduos que contenham:

[...] Culturas e estoques de microrganismos resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética. Estes resíduos não podem deixar a unidade geradora sem tratamento prévio. [...] resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes classe de risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido. [...] bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponente rejeitadas por contaminação ou má conservação, ou com prazo e validade vencido e aquelas oriundas de coleta incompleta. [...] sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre (ANVISA, 2004).

No subgrupo A2 classificam--se os resíduos que contenham:

Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anátomo-patológico ou confirmação diagnóstica (ANVISA, 2004).

No subgrupo A3 classificam--se os resíduos que contenham:

Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros, ou idade gestacional menor que 20 semanas que não tenham valor científico ou legal e não tenham sido requisitados pelos pacientes ou familiares (ANVISA, 2004).

No subgrupo A4 classificam--se:

Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores; filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares; sobras de amostras de laboratório e seus recipientes

contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons; tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo; recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenham sangue ou líquidos corpóreos na forma livre; peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anátomo-patológicos ou de confirmação diagnóstica; carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações; cadáveres de animais provenientes de serviços de assistência; Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós transfusão (ANVISA, 2004).

Por último no subgrupo A5 encontram--se classificados os resíduos que contenham [...] órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação por príons (BRASIL, 2004).

No grupo B classificam--se substâncias químicas que podem causar riscos à saúde e ao meio ambiente, podendo ser materiais tóxicos, inflamáveis, corrosivas, medicamentos. Alguns dos materiais que enquadram--se nesta categoria os seguintes compostos:

[...] Produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossupressores; digitálicos; imuno-moduladores; anti-retrovirais (quando descartados por serviços de saúde), farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos [...] resíduos de saneantes, desinfetantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes [...] efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores) [...] efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas (ANVISA, 2004).

Os rejeitos radioativos, materiais que contenham radionuclídeos em quantidades especificados classificam--se no grupo C. No grupo D estão os resíduos comuns, resíduos não contaminados que podem não apresentar risco biológico, ou químico (ANVISA, 2004). E por último, no grupo E, estão os materiais perfurocortantes, que são aqueles com potencialidade para furar ou cortar. Tais como:

Lâminas de barbear; agulhas; seringas com agulhas; escalpes; ampolas de vidro; brocas; limas endodônticas; pontas diamantadas; lâminas de bisturi; lancetas; tubos capilares; tubos de vidro com amostras; micropipetas; lâminas e laminulas; espátulas; ponteiras de pipetas automáticas; todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de petri) e outros similares (SANCHEZ, et al, s.d).

É importante ressaltar os perigos e danos que o descarte incorreto de resíduos como os do grupo A, B, C e E podem causar ao meio ambiente e a saúde humana. As disposições inadequadas desses resíduos tendem a obstruir o fluxo de água da chuva, contribuindo para o surgimento de poças e lagoas que podem ser fonte de proliferação de vetores, o odor emanado

por estes pode causar desconforto e náuseas, os do grupo E, por exemplo, apresentam-se como um risco de fermento e infecção, os dos grupos A podem ser responsáveis pela transmissão direta ou indireta de doenças, pois estes resíduos quase sempre contêm microrganismos patogênicos, e os resíduos do grupo C e B, podem contaminar o solo, rios e mares com substâncias químicas que podem se potencializam quando expostas a certos fatores, como temperatura e água, dado os riscos torna-se assim importantíssimo o correto descarte dos RSS (MOTA; MAGALHÃES, et al, 2004).

Segundo a Resolução do CONAMA Nº 358, de 29 de abril de 2005, os geradores de resíduos de serviços de saúde, em operação ou a serem implantados, devem dispor de um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de acordo com a legislação vigente, especialmente as normas da vigilância sanitária, cabendo aos órgãos ambientais fixar prazos para a regularização destes serviços, devendo no âmbito do licenciamento ser apresentado o PGRSS devidamente implantado tendo sido elaborado por um profissional de nível superior, habilitado pelo seu conselho de classe.

Na unidade observada o PGRSS se dá basicamente pela classificação e armazenamentos dos diferentes resíduos, sendo a classificação feita em apenas três grupos, A, D e grupo E. Sendo os funcionários da limpeza os responsáveis pelo recolhimento e armazenamento dos resíduos, para um posterior recolhimento destes materiais por uma empresa de gerenciamento de resíduos contratada.

Segundo a ANVISA (2004) os trabalhadores que estão envolvidos diretamente com os processos de higienização, coleta, transporte, tratamento e armazenamento dos RSS devem ser submetidos a exame médico admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional. Devendo ser feita a utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs) no momento do manuseio. Torna-se necessário manter programa de educação continuada para os funcionários.

De acordo com o CONAMA (2005), o consórcio com essas empresas coletoras torna-se o indicado para pequenos geradores e municípios de pequeno porte. Tornando-se importante a correta separação dos resíduos, no momento e local de sua geração, pois esta segregação permite reduzir o volume de resíduos que necessitam de manejo diferenciado.

O CONAMA (2005) tornou obrigatória a segregação dos resíduos na fonte e no momento da geração, de acordo com suas características.

Os resíduos do grupo A devem ser acondicionados em sacos brancos leitosos, contendo o símbolo universal de risco biológico de tamanho compatível com a quantidade, sendo terminantemente proibido o reaproveitamento dos sacos. A substituição do saco deve

ocorrer quando forem atingidos 2/3 de sua capacidade, e pelo menos uma vez ao dia (SANCHEZ, et al, s.d). Na unidade foi observado que os resíduos eram descartados em recipientes de tamanho médio, devidamente acondicionado.

Foi observado resíduos comuns junto aos resíduos potencialmente infectante. Deve--se ressaltar que é de extrema importância que isso não aconteça, e que resíduos infectados ou perfurocortantes não sejam descartados no lixo comum, pois o lixo considerado comum é recolhido pela empresa responsável pelo recolhimento de resíduos de toda a cidade, não tendo o mesmo tratamento que os resíduos hospitalares potencialmente infectantes. Esta "não educação" quanto à correta classificação pode estar relacionado à falta de informação por parte dos funcionários, e por falta da vigilância de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), foi observado não estar em funcionamento pleno na unidade. A não correta segregação pode também se tornar um problema financeiro, pois assim pode ter um aumento dos custos com o tratamento do lixo, já que o valor da coleta e tratamento é calculado de acordo com o peso dos resíduos.

O lixo comum, como o das copas, escritórios e mesmo dos laboratórios, desde que não estejam contaminados por produtos químicos, radioativos ou materiais infectantes, devem ser descartados em sacos de cor preta, devendo ser depositados em recipientes rígidos e protegidos até o recolhimento pela empresa limpadora (SANTOS, s.d). Foi observado que na unidade todos os recipientes destinados ao lixo comum estavam acometidos com os sacos pretos, porém nem todos continham tampas e não estavam identificados com etiqueta para resíduos comum.

Os resíduos perfurocortantes merecem um descarte mais atencioso, pois como já citado o descarte incorreto potencializa os riscos de ferimentos e contaminação, principalmente para os catadores, para os profissionais que realizam a separação e descarte e para os profissionais da saúde, que em função de suas atividades rotineiras, são frequentemente expostos ao risco do contato direto com materiais infectados.

Os perfurocortantes devem ser acondicionados em recipientes com tampa, rígidos e resistentes à punctura, ruptura e vazamento. Em geral, são utilizadas caixas tipo descartex, descartpack, devidamente identificada. Ao atingir a marca tracejada no recipiente, o mesmo deverá ser fechado e colocado em sacos brancos, lacrados e identificados. Sendo expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento (SANCHEZ; KANASHIRO, s.d). Na unidade foi observado que todos os materiais perfurocortantes são descartados nestes recipientes, encontrados corretamente a certa altura do chão.

Não foi possível saber ao certo a quantidade de resíduos gerado por dia na unidade, tendo sido estimado através das observações uma quantia hipotética de quatro a cinco sacos grandes de lixo por dia, dependendo do fluxo de atendimento.

Na unidade observada, percebeu-se a existência de um depósito aos fundos, seguindo as normas vigentes, onde os resíduos são armazenados devido a sua classificação, em tambores de cor azul lacrados e com etiqueta de identificação, até o recolhimento pela empresa coletora. Ficando os resíduos comuns, quando a demanda de atendimento é grande e gera muitos resíduos, fora do local de armazenamento, por falta de espaço. O recolhimento destes resíduos no depósito observa-se ser feito uma vez por semana. Sendo a empresa coletora pertencente a própria região.

Obteve-se a informação de que a fiscalização sobre o manejo do lixo hospitalar nesta unidade é feita pela Secretaria da Saúde do Estado (SESAB) e Vigilância Sanitária. Segundo a Regulação RDC conforme o artigo 2º:

Compete à Vigilância Sanitária dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, com o apoio dos Órgãos de Meio Ambiente, de Limpeza Urbana, e da Comissão Nacional de Energia Nuclear CNEN, divulgar, orientar e fiscalizar o cumprimento desta Resolução.

Segundo estudos os RSS devem passar por dez processos, sendo estes a segregação, acondicionamento, identificação, armazenamento temporário, armazenamento externo, coleta interna, tratamento interno, coleta externa, tratamento externo e disposição final (DOI; MOURA, 2011).

As ações feitas na unidade para que as exigências legais sobre o descarte correto dos RSS fossem cumpridas, mostraram-se ser apenas o consórcio com uma empresa de administração de resíduos hospitalar, separação do lixo por categorias e armazenamento deste para posterior coleta.

A correta classificação para os RSS aqui apresentados são considerados um princípio de biossegurança para prevenir acidentes, preservando assim a saúde pública e o meio ambiente.

## CONCLUSÕES

O desenvolvimento da atual pesquisa foi feito para que as possibilidades de análise fossem procedidas por profissionais da saúde, permitindo uma visão da gestão de resíduos no Hospital investigado, numa reflexão acerca dos benefícios à saúde da população e problemas que podem ser enfrentados por incompetências profissionais ou até mesmo do gerenciamento da unidade, além disso, permite a compreensão da correlação de saúde com o meio ambiente.

De um modo geral, observou-se que a maioria dos profissionais que ali atuavam, de maneira a demonstrar preocupação com o saneamento da instituição, porém, ainda notam-se falhas com o plano de gerenciamento dos resíduos. Sendo partes do manuseio, classificação, segregação e armazenamento feitas de forma errônea.

Apesar disso, o ambiente hospitalar da unidade, observou-se favorável ao atendimento dos pacientes, e segurança dos funcionários sem correr o risco de acidentes com sérias infecções, pois a grande parte dos resíduos com este potencial encontravam-se em situação de correto descarte.

Concedida à importância de saúde e meio ambiente, torna-se necessário uma visão mais crítica por parte dos profissionais, torna-se importante também medidas que levem conhecimento a população para que esta compreenda os riscos do não correto descarte dos resíduos hospitalares e possam vir a opinar e intervir para uma maior interferência do grupo RSS, buscando-se a inclusão de um profissional específico para a manipulação dos lixos hospitalares. Também devendo ser incentivada a reciclagem dos possíveis resíduos, de modo a ser facilitada e expandida, buscando-se assim contribuir para a redução do consumo de matérias-primas, recursos naturais não-renováveis, energia e água, onde estas intervenções visem à garantia de saúde com qualidade em meio hospitalar com o melhor descarte desses resíduos, diminuindo as chances de maiores infecções.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Resolução RDC N° 306, de 7 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre o **Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde**. Órgão emissor: ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306\\_07\\_12\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html)>. Acesso em: 01 de maio de 2017.
- BRASIL. RESOLUÇÃO CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005 Publicada no DOU no 84, de 4 de maio de 2005, Seção 1, páginas 63-65. Dispõe sobre o **tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências**. Órgão emissor: Conselho Nacional do Meio Ambiente - CONAMA. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br/port/conama/legiabre.cfm?codlegi=462>>. Acesso em 28 de abril de 2017.
- FERREIRA, João Alberto. **Resíduos sólidos e lixo hospitalar: uma discussão ética**. Cadernos de Saúde Pública, v. 11, n. 2, p. 314-320, 1995.
- MACHADO, Patrícia Piassini; ISSE, Silvane Fensterseifer. **PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO E EDUCAÇÃO FÍSICA NO ENSINO MÉDIO: COMO SE DÁ ESTA RELAÇÃO?**. Revista Destaques Acadêmicos, v. 3, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/103>>. Acesso em: 29 de abril de 2017.

MARCONI, M. A. ; LAKATOS, E.M.. **Técnicas de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas S.A, 2015.

MOTA, M. S; MAGALHÃES, S.C, et al. **Impacto dos resíduos de serviço de saúde sobre o homem e o meio ambiente**. Belo Horizonte, v. 40, n. 2, 2004. Disponível em: <<https://www.odonto.ufmg.br/revista/wp-content/uploads/sites/10/2016/06/AEO-v40-n2-arch5-2004.pdf>>. Acesso em 01 de Maio de 2017.

MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de et al. **Resíduos sólidos de serviços de saúde: uma fotografia do comprometimento da equipe de enfermagem**. *Revista gaúcha de enfermagem*. Porto Alegre. Vol. 32, n. 2 (jun. 2011), p. 338-344, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a18v32n2.pdf>>. Acesso em 01 de maio de 2017.

RODRIGUES, L. J; TOLENTINO, B. L; MONTEIRO, P. I. **A política nacional de resíduos sólidos: O descarte incorreto de lixo hospitalar e os problemas causados aos catadores e ao meio ambiente**. *REVISTA DO CEDS, Periódico do Centro de Estudos em Desenvolvimento Sustentável da UNDB* N. 1, agosto/dezembro 2014. Disponível em: <<http://www.undb.edu.br/ceds/revistadoceds>>. Acesso em 05 de Maio de 2017.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 100 ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

SANCHEZ, C. A Maria; KANASHIRO, H. Y Edite. Grupo A: **Resíduos infectantes**. In: \_ . **Cartilha de orientação de descarte de resíduos no sistema FMUSP-HC**. S.d.

SANCHEZ, C. A Maria; KANASHIRO, H. Y Edite. Grupo E: **Resíduos perfurocortantes**. In: \_ . **Cartilha de orientação de descarte de resíduos no sistema FMUSP-HC**. S.d.

SANTOS, Neuzeti. **Grupo D: Resíduos comum**. In: \_ . **Cartilha de orientação de descarte de resíduos no sistema FMUSP-HC**. S.d.

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: AÇÃO SAÚDE "CAMINHO DO CHÁ" EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS EM IRECE-BA**

Karina Kelle Martins de Brito<sup>1</sup>, Márcia Seixas Cardoso<sup>1</sup>, Marilande Maria Santos<sup>1</sup>, Sílvia Rodrigues do Nascimento<sup>1</sup>, Queuam Ferreira Silva de Oliveira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico do 7º semestre de Bacharelado em Enfermagem pela FAI - Faculdade Irecê.

<sup>2</sup>Docente da Faculdade de Irecê- FAI.

**RESUMO**

O presente trabalho visa relatar de forma descritiva a experiência vivida pelos alunos do sétimo semestre de enfermagem da Faculdade de Irecê- FAI na Associação Beneficente do Ancião de Irecê ABAI, uma Instituição de Longa Permanência ILPs, além de discutir e identificar a sua importância para os idosos, bem como seu papel social desenvolvido para a região de Irecê. Durante as atividades com os idosos, realizou-se questionário aplicado pelos alunos baseado na Sistematização da Assistência de Enfermagem e escalas geriátricas, composto por questões fechadas e abertas, uma avaliação individual com o idoso de escolha, cujo objetivo era avaliar a capacidade cognitiva, motora, autonomia, independência além de identificar as síndromes geriátricas. O caminho do chá nos proporcionou momentos enriquecedores de aprendizado, após a avaliação realizada com os idosos, podemos identificar neles incapacidade de cognição, incapacidade comunicativa, incontinência urinária - dependente de fralda, imobilidade, iatrogenia medicamentosa, uns eram dependentes totais e outros parciais. LIMA, afirma que ao atender o idoso, a equipe de saúde deve estar atenta a uma série de alterações físicas, psicológicas e sociais que normalmente ocorrem nesses pacientes, e que justificam um cuidado diferenciado. (LIMA, Thais et.al 2010)

**Palavra-chave:** ILPs; Relato de Experiência; Idoso;

**INTRODUÇÃO**

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), até o ano 2025 a população de idosos no Brasil crescerá 16 vezes, enquanto haverá crescimento de cinco vezes da população total, classificando o país como a sexta população do mundo em números de idosos. As transformações no perfil epidemiológico evidenciam o predomínio de doenças crônico-degenerativas que podem comprometer a autonomia do idoso, exigindo a presença de um cuidador para prestar assistência contínua ao mesmo.

A expectativa de vida do ser humano tem aumentado consideravelmente dentro de um curto espaço de tempo. A população idosa brasileira hoje ultrapassa os 14 milhões, o que evidencia a importância desse contingente populacional no Brasil. Atualmente, os idosos são a parcela populacional que mais cresce no mundo e mais da metade deles vive em países em desenvolvimento. Para o idoso, a saúde não pode ser dicotomizada em saudável e não saudável, pois a presença de doenças crônicas não significa que ele não possa viver de forma

independente e autônoma, uma vez que elas podem ser prevenidas e controladas. Apesar de parte dos indivíduos idosos apresentar diminuição de desempenho na realização de atividades de vida diária, outra parcela mantém a autonomia e independência para gerenciar sua vida.

O caderno de Atenção Básica vem trazendo que o envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos (senescência) o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, podem ocasionar uma condição patológica que requeira assistência à senilidade. Ressalta-se que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo. (Caderno de Atenção Básica 2006).

Dessa forma, LIMA, vem afirmando que ao atender o idoso, a equipe de saúde deve estar atenta a uma série de alterações físicas, psicológicas e sociais que normalmente ocorrem nesses pacientes, e que justificam um cuidado diferenciado. (LIMA et al., 2010).

Relata também que o profissional da saúde é o responsável pela melhoria da qualidade da assistência e conseqüente satisfação do usuário; entretanto, deve-se pensar na produção de cuidados e práticas humanizadas levando-se em conta as especificidades desse ofício que envolve a utilização intensiva de capacidades físicas e psíquicas, intelectual e emocional, incluindo troca de afetos e de saberes. (LIMA, Thais et.al 2010)

Diante desta modalidade de cuidado, a enfermagem desenvolve cuidados de maior complexidade e que exige maior conhecimento científico, onde a atuação do enfermeiro apresenta-se em quatro funções: administrativa/gerenciamento, assistencial, educativa e ensino, pesquisa. O enfermeiro desenvolve suas atividades junto à pessoa idosa, por meio de um processo de cuidar, que consiste em olhá-la, considerando os aspectos biopsicossociais e espirituais, vivenciados pelo idoso residente e por sua família e amigos. Essa concepção de cuidar prevê a interação das multidimensões do viver da pessoa idosa para promover um viver saudável e ativo, por meio da utilização das capacidades e condições de saúde do idoso, visando ao seu contínuo desenvolvimento pessoal.

AS ILPS (INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA) UMA OPÇÃO DE MODALIDADE DA ASSISTÊNCIA NO CUIDADO AO IDOSO.

A velhice, sempre esteve relacionada a pobreza, ao abandono, e a perda de laços familiares. Além do que as maiorias dos idosos brasileiros vivem em precárias condições de vida, quer do ponto de vista social, quer do ponto de vista financeiro. Com o crescimento da população idosa, cria uma demanda por serviços médicos e sociais cada vez maiores no Brasil, que já é um país com grandes limitações financeiras.

Estudos tem demonstrado que o emprego de medidas preventivas é responsável por importante redução dos gastos com saúde pública dessa faixa etária. Os objetivos básicos das ações de saúde, no que diz respeito aos idosos, são observar o máximo e durante o maior tempo possível a capacidade física e mental destes juntos à família e à comunidade e atender as diferentes condições biológicas, psicológicas e sociais dos idosos dentro de modelos assistenciais que tenha como base a atenção à saúde, com ações que visem e que acarretem uma diminuição do risco de adoecer e morrer.

Com tudo, CAMARANO 2010 informa que para tentar expressar a nova função híbrida das instituições, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia sugeriu a adoção da denominação Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI (CAMARANO, Ana et.al 2010).

Segundo a ANVISA, as ILPIs são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania. São estabelecidas para atendimento integral institucionalizado em cuidados prestados a idosos, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com familiares ou em seu domicílio.

Essas instituições são conhecidas por denominações diversas: abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancianato. Elas devem proporcionar serviços na área social, médica, psicológica, enfermagem, terapia ocupacional, odontologia, entre outras, conforme necessidades desse segmento etário. O atendimento é realizado em locais, fisicamente adequado e equipado para proporcionar cuidados aos idosos, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado. Estes locais devem reproduzir um ambiente residencial, mantendo as características de um lar. Não devem ser marcados pelo isolamento, afastados da vida urbana, nem ser espaço de uniformização da vida de seus usuários.

As ILPIs são uma alternativa de cuidado para os idosos mais frágeis e dependentes em suas necessidades básicas de vida diária, que por várias razões não podem ser mantidos em suas residências. A maioria das ILPIs tem o inconveniente de levar os idosos ao

isolamento e à inatividade física com decorrência do alto custo dos serviços de apoio. Portanto, deve se considerada a última alternativa entre os serviços sociais oferecidos à população idosa.

São instituições equipadas para atender idosos, sob regime de internato ou não, pagas ou não, por período de tempo indeterminado, com funcionários capacitados para atender todas as necessidades da vida institucional. Devem conter medidas abrangentes de cuidado à recuperação da independência funcional. Da mesma maneira, a procura do diagnóstico precoce e as medidas preventivas devem esta inseridas nesse processo.

Em função do aumento de idosos e de dificuldades apresentadas pelos familiares, quanto a cuidar deles, as ILPIs nasceram como um serviço para abrigar idosos pobres, sem famílias e doentes. Antes da existência destas instituições, as pessoas idosas eram abrigadas em asilos de mendicidade, juntamente com os pobres, desempregados, crianças abandonadas e doentes mentais, cujos locais correspondiam a lugares sombrios e malcheirosos. (Born T, Boechat et al 2005)

No Art. 18 do Decreto 1.948/96, que regulamentou a Política Nacional do Idoso, é estabelecida a proibição da permanência de pessoas idosas em ILPIs, quando acometidos por doenças que necessitem de assistência médica constante ou de cuidado de enfermagem intensiva.

No artigo 37 do Estatuto do Idoso, definido pela lei 10.741 de outubro de 2003, é estabelecido que a pessoa idosa tenha direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.

A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96 - MINISTÉRIO DE ESTADO DA SAÚDE).

“As ILPIs são consideradas um sistema social organizacional” (Creutzberg,2007), promovendo uma assistência que atende as necessidades mais amplas possíveis, desde os cuidados básicos da enfermagem à integração da equipe multidisciplinar, que também está envolvida no planejamento e execução dos cuidados, levando ao bem-estar e satisfação dos idosos.

A ILPI assume papel de uma nova família, e para muitos, a única, a que mantém laços afetivos. As vivências das pessoas idosas se dão de formas diferentes daquelas que

ocorrem no seio familiar, porém dependendo de como a função é desempenhada, torna-se igualmente significativa.

Cada vez mais, essas ILPs estão cuidando de uma população de idosos de maior complexidade, que exige técnicas e equipamentos específicos, algumas estabelecendo unidades de cuidados em pacientes que necessitem de ventilação mecânica, com alimentação enteral e outros serviços que anteriormente era restrito aos ambientes hospitalares. Embora o número de ILPIs que proporcione assistência aos idosos tenha declinado nos últimos anos, o de residentes atendidos nessas instituições aumentou.

### **OBJETIVOS**

O objetivo deste estudo foi conhecer uma ILPI no município de Irecê - BA, vivenciar a experiência em uma ILPIs, além de discutir e identificar a sua importância para os idosos, bem como seu papel social desenvolvido para a região de Irecê.

### **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, realizado em uma ILPI, localizada na cidade de Irecê/BA. Esta atende 30 idosos, sendo 15 mulheres e 15 homens e conta com a atuação de 20 funcionários. Este é um relato de experiência sobre uma perspectiva qualitativa e de caráter descritiva desenvolvida pelos alunos dos sétimo semestre de enfermagem da FAI.

Foi aplicado pelos alunos, um questionário baseado na Sistematização da Assistência de Enfermagem e escalas geriátricas, composto por questões fechadas e abertas, realizou uma avaliação individual com o idoso de escolha, cujo objetivo era avaliar a capacidade cognitiva, motora, autonomia, independência além de identificar as síndromes geriátricas.

Logo após, aconteceu um chá coletivo, momento de lazer, sorteios e entrega de brindes. A análise dos dados deste estudo permitiu o conhecimento das características dos cuidadores, dos idosos e do trabalho que desenvolvem junto aos idosos institucionalizados, identificando as principais dificuldades e necessidades vivenciadas por eles no cotidiano de suas práticas.

### **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é um dos meios de prestar um cuidado com qualidade, organizado e individualizado, em todo processo vital, incluindo a velhice.

SAE, é uma forma sistemática e dinâmica de prestar cuidados de enfermagem, sendo constituída de cinco fases inter-relacionadas: investigação (por meio do histórico de enfermagem e exame físico), diagnóstico (por meio da identificação de diagnósticos de enfermagem), planejamento (prescrições de enfermagem), implementação (realização das prescrições de enfermagem) e avaliação (por meio das anotações e das evoluções de enfermagem). A SAE é uma maneira de promover cuidado humanizado além de incentivar os enfermeiros a continuamente examinarem o que estão fazendo e a estudarem como poderiam fazê-lo melhor.

Para a SAE, a enfermagem utiliza o método denominado processo de enfermagem. O propósito principal desse processo é oferecer uma estrutura que atenda às necessidades individualizadas do cliente, da família e da comunidade, e deve existir uma relação interativa entre o foco principal e o enfermeiro. A organização é a dimensão que conta com as cinco fases do processo. A assistência de enfermagem voltada ao idoso deve ser voltada para a manutenção da qualidade de vida e deve considerar os processos de perdas próprias do envelhecimento e as possibilidades de prevenção, manutenção e reabilitação de seu estado de saúde.

A responsabilidade de execução da SAE é privativa do enfermeiro, ela não é apenas um modo de fazer, mas também um modo de pensar a prática profissional da enfermagem, possibilitando ao enfermeiro o desenvolvimento e aprimoramento do cuidado e gerando intervenções baseadas no caminho previsto pelo diagnóstico de enfermagem e das metas a serem alcançadas, o que torna possível um cuidar com qualidade a serem alcançadas, o que torna possível um cuidado com qualidade. O histórico de enfermagem para coleta de dados no idoso deve estar voltado para as necessidades específicas dessa população, contendo avaliação funcional do estado cognitivo, afetivo, Nutricional e exame físico direcionado. A coleta de dados, como primeira etapa da SAE, tem como fundamento o exame físico, pois permite ao enfermeiro realizar os diagnósticos de enfermagem mais precisos.

O diagnóstico de enfermagem é definido pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), como um julgamento clínico das respostas do indivíduo, família, da comunidade aos processos vitais, aos problemas de saúde atuais ou de risco. Fornece a base para a seleção das intervenções de enfermagem para atingir os resultados que tem o enfermeiro como responsável.

Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes encontrados na população idosa são: mobilidade física prejudicada, padrão do sono prejudicado, autocontrole ineficaz da saúde, déficit no autocuidado, memória prejudicada, dentição prejudicada, dor crônica, percepção

sensorial visual perturbada., risco de solidão, deambulação prejudicada, manutenção ineficaz da saúde, fadiga, constipação intestinal, risco de integridade da pele prejudicada, risco de queda, manutenção do lar prejudicada, conhecimento deficiente, nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais.

Os diagnósticos de enfermagem orientam o atendimento de enfermagem, no intuito de atingir resultados positivos de saúde. Já as intervenções de enfermagem para os diagnósticos das respostas humanas oferecem meios adicionais, uma vez que a saúde das pessoas pode ser promovida, protegida e recuperada.

As intervenções de enfermagem subdividem-se em; intervenção decuidado direto (cuidado com o paciente), intervenção decuidado indireto (tratamento realizado a distância), intervenção na comunidade( promovesaúde da população), intervenção iniciada por enfermeiro (emresposta a umdiagnóstico de enfermagem), intervenção iniciada por médico (iniciadapelomédico mas executada pelo enfermeiro em resposta a uma prescrição médica).

Os fatores a serem considerados para a escolha das intervenções são os resultadosesperados.

Para o idoso residente em ILP existe uma proposta de SAE, incluída no Prontuário do Residente da ILPI, que foi apresentada no Manual de Funcionamento da Instituição de Longa Permanência para Idosos, composta pelas seguintes partes: Histórico de Enfermagem (1. Dados de identificação, 2. Hábitos, 3. Exame físico de Enfermagem), Diagnósticos de Enfermagem,Intervenções de Enfermagem e por fim, indica-se a data e a assinatura do enfermeiro. Esta se apresenta de fácil compreensão e é uma ferramenta eficaz para direcionar a função cuidativa do enfermeiro em uma ILPIs.

Para atuar junto a população idosa, é necessário pautar-se na integralidade do cuidado e na lógica da vigilância da saúde visando a promoção, cura e reabilitação das condições de saúde, portanto o papel do enfermeiro assume um direcionamento ampliado e distinto das bases de formação e atuação dos profissionais de saúde identificando as reais necessidades destes para poder intervir de maneira adequada nos vários níveis de sua dimensão: biológica, psicológica esocial.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Caminho do Chá foi uma atividade de cunho didático, exploratório e dinâmico proposto em conjunto com alunos e a docente da disciplina Atenção Integral à Saúde dos Idosos, na perspectiva de conhecermos, vivenciarmos a realidade dos idosos, além de nos

permitir um paralelo do conteúdo aplicado em aula referente à fisiologia do processo de envelhecimento, sua funcionalidade global e as síndromes geriátricas.

No Caminho do chá/ Ação saúde os estudantes realizaram avaliação de enfermagem com serviço de triagem aos idosos, chá para os idosos, atividades lúdicas e recreativas, sorteio de tela a partir da venda de bilhetes e entrega de materiais de arrecadação para a instituição. Antes do início da ação saúde, alguns dos responsáveis pela instituição apresentou aos presentes a instituição, seu objetivo, missão, como funciona, logo após a organizadora do evento orientou aos alunos como seria desenvolvida a atividade.

A atividade de extensão foi realizada em uma instituição de longa permanência para idosos, no dia 12 de maio de 2017, pelos alunos do 7º semestre da Faculdade de Irecê.

Este evento foi criado com o intuito de agregar conhecimento, experiências e compartilhar as experiências vividas pelos idosos no processo de vida. O caminho do chá nos proporcionou momentos enriquecedores de aprendizado, com seminários com conteúdo sobre as patologias mais frequentes nos idosos, síndromes geriátricas, estudos de caso clínico que tem direcionando aos horizontes traçados pela disciplina.

Na ABAI podemos conhecer o espaço físico, moradores, funcionários, voluntários da casa, além de realizar a avaliação de enfermagem - anamnese, exame físico, histórico, momento o qual fazíamos parte da vida de cada idoso, onde as histórias por eles vividas nos emocionaram e trouxeram alegrias, e no mesmo momento onde a emoção tomava conta de nós, durante a entrevista houve muitas gargalhadas, lágrimas e lembranças.

No processo do envelhecimento, os pesquisadores afirmam que nossos genes estão programados para se deteriorarem, outros que o acúmulo de dano é a raiz da nossa senescência. Envelhecer é uma realidade que infelizmente não podemos mudar e nem conduzir, é triste perceber as mudanças de mobilidade, de resistência, de equilíbrio e no aspecto do corpo, mais triste é vê-los se sentindo solitários, com a ausência da família, sentindo-se abandonados, esquecidos, onde sua própria face revela a dor de não serem lembrados.

As pessoas procuram manter seus idosos em casa até que eles percam a capacidade de autocuidado ou sua independência, e devido a sobrecarga de trabalho alegam não ter tempo de cuidar colocando-os nas ILPIs.

Ao falar do cotidiano de uma ILPI, o primeiro ponto a ser levantado é a questão do afastamento do sujeito, afastado do mundo exterior. A partir do momento em que o sujeito deixa a sua própria residência, não deixa de lado apenas seus bens pessoais, mas também

significados de uma vida inteira, o que causa efeitos no emocional do internado que precisa se adaptar a uma nova realidade.

As ILPIs são instituições que se fazem necessária, visando obter uma melhor qualidade de vida, digna e autônoma para o segmento do idoso residente nas mesmas.

## CONCLUSÃO

Sabemos que as profundas mudanças sociais que aconteceram na sociedade, e continua ocorrendo, vêm alterando a estrutura familiar. Embora grande parte da população concorde que o melhor lugar para o idoso seja ao lado da família, as condições vividas pelas famílias, principalmente nas grandes cidades, acabam acarretando o acolhimento dos idosos em instituições. Diante dessa situação que é crescente, é necessário pensar novas formas de inclusão desses idosos em instituições, deixando de lado todo o estigma construído para designar a condição de velho, que no caso em questão ainda é "asilado".

A realização deste trabalho nos permitiu identificar os desafios que a equipe da ABAI enfrenta para prestar assistência adequada a cada um daqueles idosos, onde se percebe um déficit no número de cuidadores. O trabalho desenvolvido pela ABAI, conta com a ajuda e atuação de diversos voluntários desde enfermeiro, assistente social, médicos e sociedade civil, além de alunos de escola técnica de enfermagem que prestam assistência nos estágios curriculares na ABAI. Dessa forma é possível destacar a importância da necessidade de mais cuidadores, de um enfermeiro que possa prestar assistência em um maior período, garantindo o gerenciamento do cuidar não apenas técnico, mas científico e burocrático, promovendo um trabalho de maior qualidade voltada a esse público.

## REFERÊNCIA

Cadernos de Atenção Básica - n.º 19. MINISTÉRIO DA SAÚDE ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA. Disponível em: 2006. Acessado em: 24-05-2017

CAMARANO, Ana Amélia et.al. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/14.pdf> Disponível em: 2010. Acessado em: 24-05-2017

COSTA, Maria Carla N. S. MERCADANTE, Elizabeth Frohlich. O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. Revista Kairós Gerontologia. São Paulo/SP Março 2013.

LIMA, Thais Jaqueline et. AL Humanização na Atenção à Saúde do Idoso <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/13.pdf>. Disponível em: 2010. Acessado em: 24-05-2017



ORG. NUNES, Maria Inês. SANTOS, Mariza dos. FERRETI, Renata Eloah de Lucena. Enfermagem em Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro-Guanabara, Koogan,2012.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. SILVA, Bárbara Tarouco da. BARLEM, Edison Luiz Devos. LOPES, Russilene da Silva. O Papel do Enfermeiro na Instituição de Longa Permanência para Idosos. Rev enferm UFPE on line. 2008jul./set. Annunziato, MPHL – Atividade Física com idosos em Instituições de longa Permanência. 2007. Disponível em: <<http://www.google.com.br>

Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EDUSP;1979. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2003-2004. Porto Alegre: Artmed;2005.

Kuregant P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 2003.

## GASTO ENERGÉTICO E VARIÁVEIS CARDIOVASCULARES EM ESCOLARES DURANTE JOGOS DE EXERGAMES EM DUAS MODALIDADES: BOXE E TÊNIS

Marcos Vinicius Oliveira Carneiro<sup>1,2</sup>, José Fernando Villa Nova de Moares<sup>2</sup>, Reginaldo Luís do Nascimento<sup>2</sup>, Ferdinando Oliveira Carvalho<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade Irecê - FAI;

<sup>2</sup>Grupo de Estudos E Pesquisa em Genética e Exercício - Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF.

### RESUMO

A atividade física em crianças e adolescentes promove vários benefícios à saúde, seja por uma influência direta no combate ao sedentarismo, como também na prevenção da obesidade e de doenças crônicas não transmissíveis. Os exergames surgiram, a princípio, como uma nova tecnologia interativa de lazer para os jovens, porém vêm se tornando uma nova forma lúdica para incentivo à prática de atividade física entre esta população. Com o objetivo de verificar o gasto energético e comportamento das variáveis cardiovasculares de escolares durante sessões de jogos de exergames, participaram deste estudo 26 alunos de uma escola pública, com 11 e 12 anos. Os voluntários participaram de sessões de jogos nas modalidades tênis e boxe, onde foram analisadas suas variáveis antropométricas, cardiovasculares e o gasto energético até 30 minutos pós-jogo. Os resultados constataram a eficácia deste novo instrumento como mais uma nova metodologia para o incentivo à prática de atividade física.

**Palavras-chave:** crianças, jogos de vídeo, metabolismo energético, pressão arterial.

### INTRODUÇÃO

A prática de atividade física na infância e adolescência acarreta em grandes benefícios para o bem estar físico e mental nestas fases e conseqüentemente, na fase adulta (TWISK, 2001). A adoção de um estilo de vida saudável precocemente contribui para minimizar o surgimento de doenças cardiovasculares (DELLA, 2006), uma vez que segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) a prevalência da hipertensão arterial tem aumentado na população infanto-juvenil (SANTOS et al., 2013).

Apesar das evidências, o predomínio do sedentarismo entre esta população se torna cada vez mais alta, apresentando tendências de acedência quando associada aos maus hábitos alimentares (RONQUE et al., 2007). Isso representa gastos diários de energia cada vez menores, que podem ser revertidos com exercícios físicos praticados no tempo livre (SANTOS, CARVALHO e JUNIOR, 2007).

No Brasil, há poucos estudos que abordem este tema. Em uma pesquisa realizada em 122 países, os resultados encontrados indicaram que o estilo de vida sedentário acomete 1,5 bilhões de indivíduos, tendo destaque negativo para o Brasil, onde 49,2% de pessoas são

fisicamente inativas. Ainda nesse mesmo estudo, os autores revelaram que 80% dos adolescentes entre 13 e 15 anos do mundo não atingem a recomendação mínima de uma hora de atividades físicas por dia (HALLAL, 2012).

Por conseguinte, torna-se importante a prevenção da inatividade física do cotidiano desse grupo, visto que, várias pesquisas afirmam que a criança deve exercitar-se por 60 minutos/dia, numa intensidade moderada a vigorosa, de duas a três vezes por semana, incluindo exercícios de flexibilidade (CARSON e JASSEN, 2012; ANDAKI et al., 2013).

A população infanto-juvenil deve sentir-se motivada a realizar as atividades físicas, portanto a inclusão de recursos tecnológicos pode ser uma forma mais atrativa, instigante e até mais acessível para este público. Um estudo realizado por Baracho, Gripp e Lima (2012) aponta que, 58,12% da sua amostra, possui em seus lares a presença do video game, apesar de seu custo ser elevado.

Uma nova geração de vídeos games vêm se tomando cada dia mais presente nas residências, trazem consigo uma forma ativa para a realização de seus jogos, forçando seus jogadores à prática de movimentos repetitivos em bipedestação, conhecidos como Exergames. Estes jogos também promovem o aumento do consumo de oxigênio, da frequência cardíaca e tem demonstrado ser uma ferramenta interessante na adesão à prática de atividade física por parte não só das crianças, mais também de adultos (MARK et al. 2008).

Um estudo realizado por Graf et al. (2009) utilizando o Exergame na modalidade Dance Dance Revolution, apresentou, durante sua sessão, gasto energético de 172% maior quando comparado a assistir televisão ou ao jogar os video games tradicionais, comprovando que esse mecanismo é uma forma eficaz e segura de estímulo a atividade física em crianças e adolescentes inativos e/ou sedentários, pois sua maioria faz uso recreativo em suas residências e sendo necessário a padronização de protocolos para sua utilização.

Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar os gastos energéticos e o comportamento das variáveis cardiovasculares em adolescentes de 11 a 12 anos durante as sessões de Exergames, no modelo X BOX 360, nas modalidades Boxe e Tênis.

## MATERIAIS E MÉTODOS

### Amostra

O estudo foi conduzido com 26 crianças saudáveis do sexo masculino, entre 11 e 12 anos de idade, matriculados em uma escola estadual da Polícia Militar na cidade de Petrolina-PE. Para participação no estudo os alunos apresentaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido datado e assinado com autorização dos pais e/ou responsáveis. O presente estudo

foi conduzido de acordo com a resolução 196/1996 do conselho nacional de saúde e aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal do Vale do São Francisco sob o nº 0006/221112 CEDEP/UNIVASF.

### **Instrumentos e Procedimentos**

Os participantes foram submetidos à mensuração de estatura e massa corporal, dobras cutâneas, e circunferência da cintura e quadril. Todas as medidas foram realizadas em conformidade com as diretrizes da Sociedade Internacional para o Avanço da Cineantropometria (Marfell-Jones, Olds, Stewart & Carter, 2006). A estatura foi determinada por meio de um estadiômetro científica portátil (Seca, Hamburgo, Alemanha). A massa corporal foi medida em uma balança digital W200 / 5 (Welmy Indústria e Comércio Ltda., Santa Bárbara d'Oeste, SP, Brasil). O índice de massa corporal (IMC) foi determinado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).

As medidas de circunferências de cintura (CC) e quadril (CQD), foram executadas com a utilização de uma fita métrica metálica Cerscorf<sup>®</sup>, com precisão de 0,1 cm, conforme as técnicas descritas por Callaway et al. (1988). A partir dessas informações foi calculada a Relação Cintura Quadril (RCQ) pela razão da CC pela CQD.

Para a estimativa da gordura corporal relativa (%gordura), foi utilizada a equação específica proposta por Slaughter et al. (1988) a partir da mensuração espessura das dobras cutâneas tricípital (TR) e subescapular (SE), seguindo os procedimentos descritos por Harrison et al. (1988). Tais medidas foram realizadas de forma rotacional, por meio de um adipômetro da marca Lange<sup>®</sup>, com precisão de 0,5 mm. A avaliação foi realizada apenas no hemitórax direito do sujeito, com avaliação triplicata das dobras, sendo registrado o valor mediano de cada dobra.

A coleta foi conduzida no período de quatro dias, sendo: avaliação antropométrica (1º dia), sessão do jogo de tênis (2º dia), sessão do jogo de boxe (3º dia) e sessão controle (4º dia).

### **Sessão de jogos e controle**

Durante a sessão de jogos os voluntários participaram ativamente, durante 25 minutos, dos jogos de tênis e de boxe respectivamente em dias alternados. Ambos os jogos foram praticados com a utilização do vídeo game X-BOX 360. Durante a sessão controle não houve a prática de jogos, sendo dado o repouso aos participantes e aferido a pressão arterial durante 30 minutos.

### **Avaliação de Pressão Arterial e Frequência Cardíaca**

Para aferição da pressão arterial (PA) e frequência cardíaca (FC) foi utilizado um aparelho digital da marca GERATHERM® *desktop*. Para tanto, antes do início da coleta de dados, os participantes permaneceram sentados em repouso por no mínimo 10 minutos. As medidas foram obtidas com os alunos tendo o braço esquerdo elevado até a altura do ponto médio do esterno e apoiado sobre uma mesa. Foi utilizada uma braçadeira específica de acordo com a circunferência do braço dos participantes. Além da aferição em repouso, a PA e a FC foram verificadas durante um período de 30 minutos após o jogo (tênis e boxe) e no controle, com intervalo de 5 minutos entre cada aferição.

### **Gasto Energético**

O gasto energético dos estudantes após a prática dos jogos foi verificado com a partir do uso da cinta ZEPHYR® que coletou as informações de gasto energético, transmitindo os dados para o computador por meio do bluetooth. As medidas foram registradas através da quantidade de Kcal gasta em cada modalidade do jogo.

### **Procedimentos Estatísticos**

Para a normalização dos dados foi utilizado o teste de shapiro-wilk, e para a caracterização da amostra, estatística descritiva. A comparação entre o gasto energético nas duas sessões experimentais foi feita por meio do teste-t pareado, e a ANOVA *two-way* foi utilizada para comparação entre das variáveis cardíacas entre os diferentes momentos, seguido do *post hoc* de Scheffé para identificação das diferenças. Os dados foram processados no pacote estatístico STATISTICA, versão 6.0, e foi adotado um nível de significância de  $p \leq 0,05$ .

## **RESULTADOS**

A tabela 1 apresenta os valores de média e desvio padrão das características gerais da amostra.

A tabela 2 apresenta a distribuição das variáveis cardíacas no repouso nos dias distintos da prática de cada modalidade. Não houve diferença significativa em nenhuma das variáveis, mostrando um comportamento homogêneo da pressão arterial e frequência cardíaca dos alunos entre os diferentes dias no momento de repouso.

**Tabela 1.** Características gerais da amostra. (n=26).

	Média	Desvio padrão	Mínimo - Máximo
Idades (anos)	11,2	0,42	11,0 - 12,0
Massa Corporal (kg)	40,9	10,3	28,0 - 72,5
Estatuta (m)	1,46	0,07	1,34 - 1,64
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	18,8	3,78	14,7 - 30,0
Circ. Cintura (cm)	64,1	8,18	54,1 - 84,1
Circ. Quadril (cm)	78,1	8,67	64,3 - 99,8
RCQ	0,82	0,04	0,73 - 0,90
% Gordura	23,2	11,5	8,5 - 52,8

IMC=Índice de massa corporal; Circ. Cintura=circunferência da cintura; Circ. Quadril=circunferência do quadril; RCQ=relação cintura-quadril.

**Tabela 2.** Comparação da pressão arterial e frequência cardíaca de repouso nos dias de cada modalidade.

	TÊNIS	BOXE	P
Frequência cardíaca (bpm)	78,3±12,2	81,3±9,8	0,15
PA Sistólica (mmHG)	106,0±15,3	106,8±11,4	0,79
PA Diastólica (mmHG)	63,2±7,6	64,2±7,2	0,55

PA=pressão arterial.

A tabela 3 apresenta a comparação da frequência cardíaca de acordo com as diferentes sessões de cada modalidade. Somente a modalidade de boxe apresentou diferença significativa para o controle em todos os momentos pós-jogo. Após o jogo de tênis a FC reduziu, mas não apresentou diferença significativa para o momento de repouso e para o momento controle.

A tabela 4 apresenta o comportamento da PAS durante 30 após o término de cada modalidade e faz comparação com o repouso e com o controle.

As duas modalidades se comportaram de maneira homogênea na comparação da PAS em relação ao repouso, havendo diferença significativa somente em 5 minutos após o término do jogo. Já após 10 minutos, a PAS se comportou semelhantemente aos números do repouso, não havendo mais diferença estatística. Houve ainda diferença significativa para o minuto 5 após o fim do jogo, nos minutos 15, 20 e 25 na modalidade tênis e dos minutos 15 ao 30 para o boxe (tabela 4).

**Tabela 3.** Valores de frequência cardíaca de repouso, ao final de 25 minutos de jogoe 30 após o jogo (tênis e boxe) e controle (n=26).

	TÊNIS	BOXE	CONTROLE
FC Repouso (bpm)	78,35 ± 12,27	81,35 ± 9,87	-
FC 25 min (bpm)	121,85 ± 18,63*	129,85 ± 22,42*	-
FC 5 min pós (bpm)	86,00 ± 14,14	91,08 ± 9,97* <sup>q</sup>	78,31 ± 8,23
FC 10 min pós (bpm)	84,04 ± 13,52	91,15 ± 8,45* <sup>q</sup>	77,50 ± 5,46
FC 15 min pós (bpm)	82,88 ± 14,03	87,73 ± 9,91 <sup>q</sup>	76,65 ± 5,53
FC 20 min pós (bpm)	81,96 ± 11,29	86,58 ± 9,55 <sup>q</sup>	76,65 ± 4,73
FC 25 min pós (bpm)	81,00 ± 13,01	87,15 ± 8,04 <sup>q</sup>	76,31 ± 4,91
FC 30 min pós (bpm)	83,31 ± 11,57	88,38 ± 7,21 <sup>q</sup>	75,27 ± 4,08

FC=frequência cardíaca \*p<0,05 para repouso na mesma sessão; <sup>q</sup>p<0,05 para controle no mesmo momento;

**Tabela 4.** Valores de pressão arterial sistólica de repouso e 30 após o jogo (tênis e boxe) controle (n=26).

	TÊNIS	BOXE	CONTROLE
PAS Repouso (mmHg)	106,0±15,3	106,8±11,4	-
PAS 5 min pós (mmHg)	115,5±12,0* <sup>q</sup>	114,2±20,4* <sup>q</sup>	93,3±10,7
PAS 10 min pós (mmHg)	111,1±10,6 <sup>q</sup>	109,0±9,5 <sup>q</sup>	93,9±13,9
PAS 15 min pós (mmHg)	108,0±11,0* <sup>q</sup>	105,6±11,6* <sup>q</sup>	89,9±14,6
PAS 20 min pós (mmHg)	107,9±13,5* <sup>q</sup>	106,6±6,7* <sup>q</sup>	90,3±10,9
PAS 25 min pós (mmHg)	107,8±12,5* <sup>q</sup>	107,0±9,6* <sup>q</sup>	87,0±13,7 <sup>q</sup>
PAS 30 min pós (mmHg)	108,5±13,9 <sup>q</sup>	107,8±10,3* <sup>q</sup>	85,6±12,9 <sup>q</sup>

PAS=pressão arterial sistólica; \*p<0,05 para o repouso da mesma sessão; <sup>q</sup>p<0,05 para controle no mesmo momento.

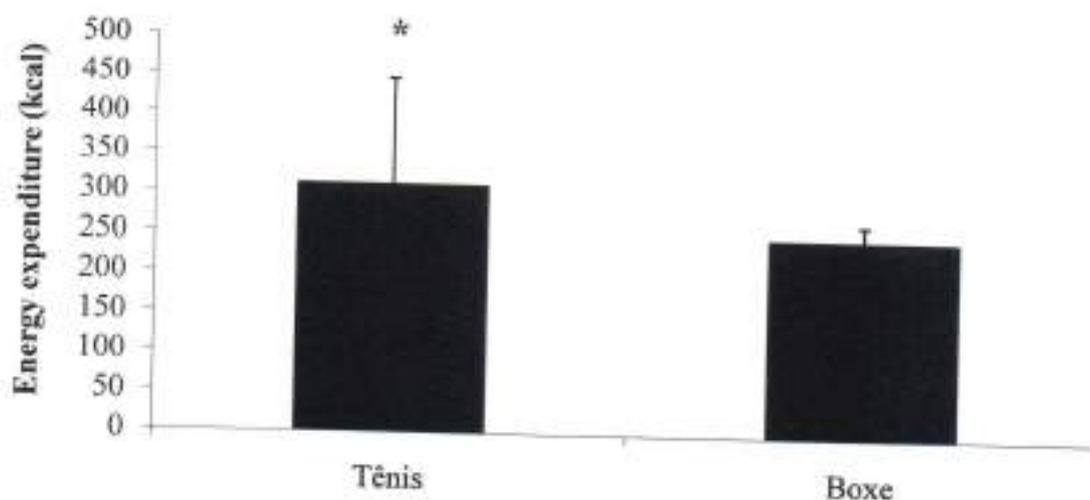
A modalidade de boxe foi a única que apresentou diferença na PAD para o repouso 5 minutos após o jogo (tabela 5). Além disso, essa modalidade apresentou diferença significativa para o controle em todos os momentos após o jogo. Tal diferença foi apresentada somente em dois momentos (PAD 15 e 30 minutos) na modalidade tênis.

Na avaliação do gasto energético, a sessão experimental de jogo de tênis gerou um gasto energético significativamente maior (20,1%) comparado ao gasto gerado pelo jogo do boxe, a diferença nos valores de Kcal estão apresentadas na figura 1.

**Tabela 5.** Valores de pressão arterial diastólica de repouso e 30 após o jogo (tênis e boxe) controle (n=26).

	TÊNIS	BOXE	CONTROLE
REPOUSO	63,2±7,6	64,2±7,2	-
PAD 5 minutos	67,6±8,5	73,0±14,6* <sup>¶</sup>	58,9±11,0
PAD 10 minutos	63,8±8,2	65,1±7,2 <sup>¶</sup>	58,4±8,3
PAD 15 minutos	64,9±6,3 <sup>¶</sup>	66,2±7,2 <sup>¶</sup>	55,0±7,7
PAD 20 minutos	63,6±6,8	65,3±6,3 <sup>¶</sup>	56,0±8,9
PAD 25 minutos	63,4±8,6	64,9±6,4 <sup>¶</sup>	54,6±8,0
PAD 30 minutos	65,1±7,7 <sup>¶</sup>	66,1±5,8 <sup>¶</sup>	53,6±8,3

PAD=pressão arterial diastólica; \*p<0,05 para repouso na mesma sessão; <sup>¶</sup>p<0,05 para controle no mesmo momento.



\*p<0,05 para a sessão boxe.

## DISCUSSÃO

No presente estudo foram avaliados o comportamento das variáveis cardiovasculares FC, PAS e PAD e o gasto energético com a prática de duas modalidades diferentes no exergames (X-BOX 360), o tênis e o boxe em crianças entre 11 e 12 anos, em um período de 25 minutos cada sessão. A partir disso, pôde-se observar que os quesitos avaliados estiveram elevados em ambos os jogos, indicando um amplo potencial de intervenção por meio destes tipos de jogos.

A identificação de novos métodos que estimulem a prática de atividade física, com resultados comprovados e seguros, pode guiar estratégias inovadoras e mais atrativas que visem prevenir a obesidade infantil e outras doenças crônicas não transmissíveis.

O aumento da frequência cardíaca no momento da realização da atividade selecionada foi observado em ambas às modalidades, seguido de uma redução do seu valor no período pós-jogo (porém não significativa), assim como nos dados encontrados no estudo de Rauber et al. (2013), onde a FC teve um aumento durante as atividades com maior exigência física no jogo de vídeo game interativo e um maior decréscimo durante a recuperação.

Em relação à PAS, foi identificada homogeneidade para o repouso nas duas modalidades, mantendo-se elevada ainda 5 min após o jogo, e reduzindo o seu valor e se igualando ao momento de repouso a partir dos 10 min pós-jogo das duas modalidades. Isso mostra que a participação ativa nos jogos de vídeo game interativo pode contribuir para uma redução e/ou manutenção dos menores níveis de PA em crianças após a atividade (RAUBER et al., 2013). Esses resultados já são relatados em adultos após o exercício físico (FORJAZ, RONDON e NEGRÃO, 2005), de maneira que os benefícios agudos da PA podem prosseguir por até 24 horas subsequentes a prática (WHELTON et al., 2002), contudo poucos estudos são encontrados verificando tais benefícios em crianças (RAUBER et al., 2013).

Em um estudo, foi verificada a hipotensão pós-exercício e a redução da pressão arterial induzida ao estresse (Cold Pressor Test) após a prática de 30 minutos de brincadeiras tradicionais ("corrida de pega-pega", "pega bandeira"), evidenciando os benefícios da atividade física na saúde cardiovascular durante a infância (RAUBER et al., 2014).

O valor de PAD apresentou aumento significativo no momento pós-jogo (5min) em relação ao repouso na modalidade de boxe. Para a modalidade de tênis, a PAD permaneceu similar ao repouso durante os 30 min pós-jogo, mostrando uma rápida recuperação da PAD após a prática do jogo. Esses dados corroboram com os dados encontrados por Rauber et al. (2013), que não observou diferença significativa na PAD em relação ao repouso durante 40 minutos de recuperação após uma sessão de vídeo game interativo na modalidade dance dance revolution.

A comparação entre o gasto energético nas duas sessões experimentais, por meio do teste-t pareado, revelou diferenças significativas (310,98 vs. 248,31;  $p=0,042$ ), com a sessão tênis apresentando maior gasto energético (20,1%), conforme figura 1. Esses dados contribuí com os resultados encontrados no estudo de Maddison et al. (2007), onde após 8 minutos de exergame contínuo, os jogos das diferentes modalidades analisadas apresentaram valores de gasto calóricos diferentes, tendo como maior destaque o jogo de simulação de boxe gasta 6,5 kcal / min. Já no estudo de Mealey et al. (2010) o vídeo game ativo mostrou-se benéfico para o gasto calórico, porém não havendo diferença significativa entre este tipo de modalidade e a caminhada na esteira ( $78,0 \pm 34,4$  vs  $62,30 \pm 15,5$  kcal,  $p=0,093$ ).

Os exergames formam uma nova geração de jogos ativos que tornaram possível a combinação do entretenimento eletrônico com o exercício físico (Lamboglia et al., 2013). Informações que são destacadas e reafirmadas por Rauber et al. (2013), porém devendo ser um complemento das brincadeiras junto à natureza e não substituindo-as. Por outro lado, o tempo frente a instrumentos eletrônicos de características hipocinéticas relaciona-se positivamente com a gordura corporal e negativamente com o gasto energético, ou seja, quanto maior o tempo frente a instrumentos eletrônicos maior o acúmulo de gordura corporal e maior a inatividade física dos adolescentes (ILHA, 2004).

### CONCLUSÃO

O presente estudo constatou que o vídeo game ativo teve comportamento benéfico para a saúde dos adolescentes, promovendo um aumento significativo no gasto energético, principalmente na modalidade de tênis, aliado ao retorno dos valores normais da PAD e FC (após 5 min) e PAS (após 10 min). Esses dados indicam que esse tipo de vídeo game trata-se de uma nova ferramenta a ser acrescentada no processo ensino-aprendizagem, a fim de potencializar os benefícios trazidos por essa tecnologia.

Com isso, acredita-se que a utilização do vídeo game ativo, nos protocolos testados no estudo, é uma forma mais atrativa e inovadora de envolver crianças e adolescentes na prática de atividade física, visando o combate do sedentarismo, através do aumento do gasto energético sem gerar alterações cardiovasculares graves. Desta forma, pode-se inferir ser um instrumento importante no combate à obesidade infantil e outras doenças crônicas não transmissíveis.

### REFERÊNCIAS:

- Andaki, A. C. R., TINOCO, A. L. A., ANDAKI JÚNIOR, R., SANTOS, A., BRITO, C. J., MENDES, E. L. (2013). **Nível de atividade física como preditor de fatores de risco cardiovasculares em crianças**. Motriz: Revista de Educação Física, 19(3, Suppl.), 8-15.
- BARACHO, A. F. O., GRIPP, F. J., LIMA, M. R. (2012) **Os exergames e a educação física escolar na cultura digital**. Rev. Bras. Ciênc. Esporte, 34 (1), 111-126.
- CALLAWAY, C. W. et al. **Circumferences**. In: Lohman, T.G.; Roche, A.F.; Martorell, R. (1988). Anthropometric standardizing reference manual, Champaign, Illinois, Human Kinetics Books, 39-54.
- CARSON, V. JASSEN, I. (2012). **The mediating effects of dietary habits on the relationship between television viewing and body mass index among youth**. *Pediatric Obesity*, 7(5), 391-398.

- CARSON, V., JASSEN, I. (2012). **The mediating effects of dietary habits on the relationship between television viewing and body mass index among youth.** *Pediatric Obesity*, 7(5), 391-398
- DELLA, M. T. et al. (2006) **Síndrome Metabólica: revisão.** *Pediatria (São Paulo)*, 28 (4), 272-7.
- FORJAZ, C. L. M., RONDON, M. U. P. B., NEGRÃO, C. E. (2005) **Efeitos Hipotensores e Simpatolíticos do Exercício Aeróbio na Hipertensão Arterial.** *Revista Brasileira de Hipertensão*. São Paulo, 12(04), 245-250.
- GRAF, D. L., PRATT, L.V., HESTER, C.N., SHORT, K. R. (2009) **Playing active video games increases energy expenditure in children.** *Pediatrics*, 124,534-40.
- HALLAL, P. C., ANDERSEN, L. B., BULL, F. C., GUTHOLD, R., HASKEL, W., EKELUND, U., ET AL. (2012) **Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects.** *Lancet*. 380 (9838), 219-29.
- HARRISON, G.C., BUSKIRK, E. R, CARTER, J. E. L, JOHNSTON, F. E, LOHMAN, T. G., POLLOCK, M. L. ET AL. **Skinfold thickness and measurement technique.** In: Lohman T. G., Roche, A. F., Martorel, R. (1998) *Anthropometric standardization reference manual.* Champaign: Human Kinetics, 55-80.
- ILHA, P. M. V. (2004) **Relação entre nível de atividade física e hábitos alimentares de adolescentes e estilo de vida dos pais.** Universidade Federal de Santa Catarina.
- LAMBOGLIA, C. M. G. F., DA SILVA, V. T. B. L., VASCONCELOS FILHO, J. E., PINHEIRO, M. H. N. P., MUNGUBA, M. C. S., SILVA JÚNIOR, V. I., DE PAULA, F. A. R., DA SILVA, A. B. (2013) **Exergaming as a Strategic Tool in the Fight against Childhood Obesity: A Systematic Review.** *Journal of Obesity*, Article ID 438364, 8 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2013/438364>
- MADDISON, R., MHURCHU, C. N., JULL, A., JIANG, Y., PRAPAVESSIS, H., RODGERS, A. (2007) **Energy expended playing video console games: an opportunity to increase children's physical activity?** *Pediatr Exerc Sci*.19 (3),334-343.
- MARFELL-JONES, M., OLDS, T., STEWART, A., CARTER, L. (2006) **International Standards for Anthropometric Assessment.** Potchefstroom: International Society for the Advancement of Kinanthropometry.
- MARK, R., RHODES, R.; DARREN, E. R., WARBURTON, S. B. (2008) **Interactive Video Games and Physical Activity: A Review of the Literature and Future Directions.** *Health & Fitness Journal of Canada*, 1 (1), 14-24.
- MEALEY, L., JAKICIC, J. M. M. D., MARCUS; MEALEY, A. D. (2010). **The Effect Of Dance Revolution On Energy Expenditure And Enjoyment In Severely Overweight Children Compared To Alternate Forms Of Activity.** *The Journal of Strength & Conditioning Research*, Pennsylvania, 24, 1-10.
- RAUBER, S. B., BOULLOSA, D. A., CARVALHO, F. O., DE MORAES, J. F. V. N., DE SOUSA, I. R. C., SIMÕES, H. G., CAMPBELL, C. S.G. (2014) **Traditional games resulte dinpost-exercise hypotension and alower cardiovascular response to the cold pressor test in healthy children.** *Front. Physiol*. 5:235. doi: 10.3389/fphys.2014.00235

RAUBER, S. B., CARVALHO, F. O., DE SOUSA I. R. C., DE SOUSA, I. R. C., MAZZOCCANTE R. P., FRANCO C. B. F., DE FARIAS D. L., COURA M. A. S., SIMÕES, H. G., CAMPBELL, C. S.G. (2013) **Variáveis cardiovasculares durante e após a prática do VÍDEO GAME ativo "Dance Dance Revolution" e televisão.** Motriz, Rio Claro, 19(2), 358-367.

RONQUE, E. R. V., CYRINO, E. S., DÓREA, C., SERASSUELO-JUNIOR, H., GALDI, E. H. G., ARRUDA, M. (2007) **Diagnóstico da aptidão física em escolares de alto nível socioeconômico: avaliação referenciada por critérios de saúde.** Rev Bras Med Esporte, 3(2), 71-76.

SANTOS, A. L., CARVALHO, A. L., JUNIOR, J. R. G. (2007) **Obesidade Infantil e uma proposta de educação física preventiva.** Rev. Motriz, 13 (3), 203-213.

SANTOS, A; ANDAKI, A. C. R; AMORIM, P. R. S, MENDES, E. L. (2013) **Fatores associados ao comportamento sedentário em escolares de 9-12 anos de idade.** Rev. Motriz, Rio Claro, 19(3), S25-S34.

SLAUGHTER, M. H., LOHMAN, T. G., BOILEAU, R. A., HORSWILL, C. A., STILLMAN, R. J., VAN LOAN, M. D., & BEMBEN, D. A. (1988). **Skinfold equations for estimation of body fatness in children and youth.** Human Biology, 60(5), 709-723.

Sociedade Brasileira De Cardiologia. (2010) Diretoria de Promoção de Saúde Cardiovascular. Cartilha Informativa, Campanhas Temáticas: Crianças.

TWISK, J. W. (2001) **Physical activity guidelines for children and adolescents: a critical review.** Sports Med, 31, 617-27.

WHELTON, S. P., CHIN, A., XIN, X., HE, J. (2002) **Effect of Aerobic Exercise on Blood Pressure: a Meta-analysis of Randomized, Controlled Trials.** Annals of Internal Medicine. 136, 493-503.

# RESUMOS PUBLICADOS

**RISCO DE MEDICAMENTOS NA GRAVIDEZ: UMA ABORDAGEM SOBRE A  
SEGURANÇA DO PACIENTE**

Bruna Marques dos Santos<sup>\*</sup>; Gledson Anjos Oliveira<sup>\*</sup>; România Pereira<sup>\*</sup>; Nayara Barreto Mendes<sup>\*</sup>; Yan Ferreira da Silva<sup>\*</sup>; Fabrício da Rocha Macêdo<sup>\*</sup>; Elaine Alana Batista Cavalcante<sup>\*\*</sup>

<sup>\*</sup>Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade de Irecê.

<sup>\*\*</sup>Docente orientador da Faculdade de Irecê.

O objetivo deste estudo foi analisar através de revisão de literatura, os riscos causados por medicamentos na gestação, dando ênfase à segurança do paciente. O uso de medicamentos durante a gravidez sempre apresentou um desafio para a classe médica, uma vez que causa ação potencialmente danosa não apenas para a mulher, mas também para o conceito. A maioria dos fármacos administrados às mulheres grávidas atravessa a barreira placentária e expõe o embrião em desenvolvimento a seus efeitos farmacológicos. Muitos desses medicamentos são teratogênicos e por isso o estudo e aprofundamento sobre tal discussão é crucial para que possamos balancear equações de benefício- malefício ou risco-benefício e assim usarmos a medida mais humanizada possível. Nesse sentido, a Food and Drug Administration (FDA) classifica os medicamentos de acordo com os riscos que eles podem causar durante a gestação, tais como: Categoria A, sem risco fetal; Categoria B, ausência de risco fetal; Categoria C, risco fetal desconhecido, por falta de estudos suficientes; Categoria D, evidência fetal em animais, mas a necessidade pode justificar o risco; Categoria X - nocivo para o feto; o risco ultrapassa o benefício e, portanto, está contra-indicado na gravidez. Nesse contexto, vale ressaltar, a importância do uso de medicamentos na gestação, sob prescrição médica e de profissional habilitado. O presente trabalho trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura de cunho qualitativo. Para a pesquisa foram utilizados artigos de banco de dados eletrônicos como Scielo, lilacs e Google Acadêmico. Para análise dos resultados encontrados, utilizou-se a análise de conteúdo. Através da coleta de dados, foram selecionados dez trabalhos científicos. Nos artigos os autores trazem que 94,6% das mulheres ingeriram pelo menos um medicamento durante sua gestação. Dentre essas, 88% foram de recomendação médica, ou seja, muitas delas continuam ingerindo fármacos sem orientação. Nessa pesquisa ainda foi relatado também, que apenas 27,7% das pacientes haviam sido alertadas para o risco de utilizar medicamentos na gravidez. Nos estudos notamos que o uso de medicamentos de classe D como ibuprofeno, ácido acetilsalicílico e diazepam devem ser evitados. Portanto, nota-se a importância de ressaltar durante o pré natal, a classificação de riscos durante a gravidez. Diante desses dados apresentados faz-se necessário promover programas de esclarecimento para as gestantes sobre o risco do uso de medicamentos e as suas implicações na saúde materno- infantil, orientar os profissionais sobre estes riscos, buscando aprimorar os métodos de segurança do paciente.

**Palavras- chave:** Riscos na gravidez; Medicamentos; Segurança do paciente.

## OS DESAFIOS DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Marilande Maria Santos<sup>\*</sup>; Mirla dos Santos Maciel<sup>\*</sup>; Luana Souza Dourado<sup>\*\*</sup>

<sup>\*</sup>Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade de Irecê-BA

<sup>\*\*</sup> Docente orientador da Faculdade de Irecê-BA.

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. Para a elaboração desse trabalho foi realizado um estudo bibliográfico baseado na literatura especializada através de consulta a artigos científicos, 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 sequelas e incapacidades da criança em situação de emergência. 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 à melhorar a assistência oferecida a esse público. Assim, 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 público infantil. Por meio da análise deste trabalho, 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.

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: VISITA À INSTITUIÇÃO DE LONGA  
PERMANÊNCIA DE IRECÊ-BA.**

Ana Carolina Costa, Dayana Soares Cruz, Grazielle Pereira, Mirla dos Santos Maciel

Esse projeto foi desenvolvido a partir das curiosidades de conhecer a ABAI (Associação de Beneficente ao Ancião de Irecê), instituição que abriga as pessoas idosas, bem como seu funcionamento diante dos cuidados prestados e de um grande interesse de aproximação dos universitários com o público, na intenção de aprimorar o conhecimento enquanto teoria. As informações, orientações e esclarecimentos fornecidos durante o período de permanência na instituição deixou a transparecer a extrema importância da existência da unidade. Desta forma o projeto "caminho do chá" teve suas atividades desenvolvidas nesta instituição, com participação dos acadêmicos do sétimo semestre do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Irecê - FAI. Essas atividades foram realizadas no dia 12 de maio de 2017, sendo o grupo discente formado por aproximadamente 25 alunos, sob orientação da docente da disciplina de Atenção Integral à Saúde do Idoso. Foram entregues alimentos, produtos de limpeza e higiene pessoal, agasalhos, além de uma quantia em dinheiro decorrente de arrecadações. Posteriormente, foram realizadas avaliações de enfermagem pelos discentes e diversas atividades lúdicas e descontraídas com os idosos, como desfile, maquiagem, sorteios, músicas agradáveis, e um lanche coletivo no final da tarde. Diante das atividades desenvolvidas na Instituição de Longa Permanência, o instrumento de avaliação (questionário) teve como papel principal proporcionar tanto ao idoso como aos discentes, momentos de interação e compartilhamento de saberes. De forma descontraída, objetivou conhecer melhor como se encontrava a qualidade de vida do idoso na instituição. Desta forma, percebe-se que os resultados em relação a esse instrumento foram os melhores, pois foi possível compreender quais motivos o levou a instituição, se recebe visitas familiares, suas preferências, rotinas, a relação com seus colegas e seus sentimentos em relação a viver na unidade, seu estado de saúde (utilizou-se avaliação da pressão arterial, glicemia, peso). Sendo assim, a experiência obtida no período de aplicação do evento, envolvendo alunos, orientadora, idosos e funcionários da instituição, funcionou como uma reflexão de imensurável valor sobre o modo da promoção em saúde do idoso, refletindo acerca de problemáticas que envolvem as necessidades e demandas, que vão desde às condições de infra-estrutura à atuação dos profissionais de saúde. Dentre estes, percebe-se que o processo de cuidado deve ser desenvolvido de forma holística, levando em consideração os aspectos sociais, culturais e individuais desses internos, garantindo a efetividade do serviço prestado, bem como assegurar a qualidade de vida aos idosos institucionalizados.

**ERROS DE MEDICAÇÃO EM UNIDADES HOSPITALARES: uma revisão integrativa**

Jemima SilvaJesus<sup>1</sup>; Saiane SilvaSouza<sup>1</sup>; Manuela ProfetaSantos<sup>1</sup>; Aline GabrielaDavid; Marinalva Nunes<sup>1</sup>; Luciano CarvalhoSouza<sup>1</sup>; Elaine Alane Batista de Cavalcante<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Graduandos em Enfermagem da FAI;

<sup>2</sup>Orientadora: Docente no curso de Enfermagem da FAI

O objetivo do estudo foi analisar artigos científicos que abordam o tema erros de medicação a nível hospitalar. Erros de medicação são compreendidos como erros na prescrição, dispensação, administração, uso e monitoramento dos medicamentos. Esses erros podem ocasionar diversos agravos à saúde dos usuários, assim como também impor custos significativos para o sistema de saúde. Diante dessa problemática, o tema tem sido considerado um grande problema de saúde pública, e com o passar dos anos houve um aumento aceitável de estudos relacionados aos erros de medicação e à segurança do paciente. O presente trabalho trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Para pesquisa foram utilizados artigos do período de 2000 a 2016. As bases de dados utilizadas foram Scielo e Google Acadêmico. Os descritores utilizados para a coleta de dados foram os seguintes: erros de medicamentos potencialmente perigosos, erros de prescrição, erros de dispensação, erros de administração e segurança do paciente. Os critérios de inclusão foram: artigos que continham o objetivo de estudo parecido com o dessa revisão integrativa, artigos em português, disponibilidade gratuita na internet e publicação a partir do ano 2000 até 2016. Os critérios de exclusão foram: artigos em idiomas diferentes do português e data de publicação nos anos inferiores a 2000. Para análise desses artigos, foi realizada uma leitura qualitativa dos objetivos e resultados dos artigos encontrados. Através dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 18 artigos. Sendo 12 artigos do Google Acadêmico e 6 artigos do Scielo. De acordo com os objetivos dos artigos encontrados, os autores tiveram por finalidade identificar e analisar os tipos de erros de medicação e situações que conduziam para que os profissionais apresentassem tais erros. Já em relação aos resultados, os estudos caracterizam que parte dos erros estão relacionados à sobrecarga do trabalho contínuo, a prescrição que na maioria das vezes apresenta-se ilegível, com abreviações ou incompletas e a falta de comunicação e de atenção entre os profissionais, sendo este o ponto mais prevalente e responsável pelos erros de medicação. Portanto, a análise dos estudos selecionados permitiu constatar que os erros mais frequentes são os de prescrição e administração de medicamentos, sendo que estes se apresentam como um dos maiores obstáculos a ser superado pela equipe multiprofissional, que pode ou não ser entendido como eventos adversos irreversíveis ao paciente. Nesse sentido, vale ressaltar a importância da cultura de segurança e co-responsabilização em todas as atividades dentro de um hospital, dando destaque à utilização de medicamentos, já que perpassa por uma atividade multiprofissional.

**Palavras-chave:** Erros de medicação; Medicamentos Potencialmente Perigosos; Segurança do Paciente.

## COMO ORGANIZAR OS ESTUDOS

Naiana David<sup>1</sup>, Michelle Sousa<sup>1</sup>, Rita Queila<sup>1</sup>, Anne Gabriela<sup>1</sup>, Vanessa Christian<sup>1</sup>  
Luciane Medeiros Machado<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Graduando em Psicologia da FAI;

<sup>2</sup>Orientadora: Mestre em Psicologia Social, Docente no curso de Psicologia FAI-Irecê/ BA

Segundo SILVA (2010), a inserção no ensino superior apresenta muitos desafios para o graduando, pois há muitas atividades novas e este se depara com a necessidade de organizar seus estudos. Como dito por PAVÃO (2016), faz-se necessário adaptar aos estudos e a nova rotina, e para isso é preciso vontade e persistência, e, além disso, exige que o discente organize-se. O objetivo deste trabalho foi analisar a organização dos estudos, elaborando uma ação que oriente os alunos para que possam aproveitar melhor seu tempo de formação. Apresenta ainda como objetivos a realização de uma prática junto aos acadêmicos de Farmácia, Psicologia e do segundo grau de uma escola particular em Irecê para organização dos estudos. Participaram dos trabalhos, acadêmicos dos cursos de Psicologia e Farmácia de uma faculdade privada em Irecê\BA e do segundo grau de uma escola privada em Irecê\BA. Para a execução do trabalho utilizou-se a obra CARTAS DE GERVASIO ao seu umbigo, analisando-se sobre como organizar os estudos. Os procedimentos foram: Leitura da carta nº 10 do livro citado, com a temática de utilizar materiais para confecção da ação. Após a leitura da obra supracitada o grupo elaborou adesivos que ensinam os alunos a organizarem seus estudos, banner para exposição e folhetos para divulgação dos procedimentos. A execução do projeto possibilitou que fosse feita uma reflexão sobre este momento vivido também pelos componentes deste grupo, bem como sobre a elaboração de um método para que minimize os impactos do stress deste período da vida para a saúde mental do universitário e do aluno do segundo grau. Assim sendo, foi possível também refletir sobre a importância do trabalho do psicólogo em contexto escolar e universitário. Esta ação foi um ensaio para que sejam pensadas as possibilidades de intervenção do psicólogo em contexto escolar e universitário, auxiliando para o desenvolvimento de competências tanto técnicas como comportamentais, e nos motiva a buscar sempre repensar nossa prática enquanto profissionais.

## PORQUE É QUE ESQUECEMOS?

Adalgisa Dourado<sup>1</sup>, Anniele Magalhães<sup>1</sup>, Evelis Miranda<sup>1</sup>, Jamille Bastos<sup>1</sup>, Lucineide Alves<sup>1</sup>,  
Silvanete Mendes<sup>1</sup>, Luciane Medeiros Machado<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduandos em Psicologia da FAI;

<sup>2</sup> Orientadora: Mestre em Psicologia Social, Docente no curso de Psicologia FAI.

A inserção no ensino superior traz muitas mudanças, e muitas informações, surgindo algumas indagações como: Por que esquecemos? O que queremos lembrar? Para Álvares (2011) o processo de memorização pode ser afetado por falta de atenção, estresse psicológico, alimentação ruim, atividade física inadequada, falta de sono, uso de drogas e álcool e algumas doenças neurológicas degenerativas podem afetar a capacidade de memorização. As memórias são formadas por conexões temporárias, ou, permanentes, entre os neurônios, esquecer é um processo fisiológico normal, mas, segundo PIAGET (é possível melhorar o desenvolvimento cognitivo através da exercitação do funcionamento do cérebro e adoção de bons hábitos. O objetivo deste trabalho é propor uma ação que ajude os alunos a melhorar o processo de memorização, preparando-os para realizar suas atividades com maior facilidade e eficiência. Exposição de recursos que contribuam para o desenvolvimento da memória e aplicação de jogos de atenção, raciocínio lógico e memória. Participaram acadêmicos dos cursos da FAI MATUTINO e do COMETA. Utilizou-se a obra "As cartas do Gervásio ao seu umbigo", que trata da inserção no ensino superior, incluindo questões sobre estratégias e processos de aprendizagem com explicação oral e interativa sobre quais motivos nos levam ao esquecimento; aplicação de jogos que estimulem as novas conexões cerebrais e que promovam o treinamento do cérebro. Em busca da resposta "porque é que esquecemos?", é possível concluir que o exercício mental, praticado diariamente com atividades e jogos desafiadores, além de dedicar-se a conhecer os temas com profundidade, nos tornam aptos e capazes a produzir ações e trabalhos dentro das atribuições do psicólogo em instituições de ensino. A memória é fator decisivo para o sucesso tanto acadêmico quanto profissional, portanto é de fundamental importância que seja constantemente exercitada, gerando assim, melhoras significativas nos processos de aprendizagem e memorização.

## PROCRASTINAÇÃO: EXPERIÊNCIA PRÁTICA NO ENSINO SUPERIOR

Ana Beatriz Oliveira<sup>1</sup>, Bruna Barreto<sup>1</sup>, Camila Lopes<sup>1</sup>, Milena Bezerra<sup>1</sup>, Sandy Sousa<sup>1</sup>  
Luciane Medeiros Machado<sup>2</sup>;

<sup>1</sup> Graduando em Psicologia da FAI;

<sup>2</sup> Orientadora: Mestre em Psicologia Social, Docente no curso de Psicologia FAI.

O ingresso no ensino superior é marcado por diversas mudanças na vida do universitário. Dessa forma, esse período é marcado por muita ansiedade, estresse e necessidade de adaptação. E diante de tantas responsabilidades surge a procrastinação que pode ser caracterizada como um comportamento comum às pessoas, principalmente quando relacionada às tarefas cotidianas (ENUMO; KERBAUY; 1999). A atitude procrastinadora consiste em postergar o início, o desenvolvimento ou o término de uma atividade (FERRARI; JOHNSON; MCCOWN, 1995). Para Sampaio e Bariani (2011) o ato de procrastinar é consideravelmente grave, afetando diretamente o desempenho do indivíduo em casa, no trabalho ou na escola. De maneira geral, pode-se perceber que também traz prejuízos emocionais para o procrastinador evidenciando-se através do nível de estresse vivenciado e da ansiedade que se experiencia no cumprimento de datas e atividades acadêmicas. Há diversas maneiras de combater esse ato, tendo como principal ação, a responsabilidade. Além de organizar as tarefas e gerenciar o tempo, o indivíduo pode criar listas e remover distrações, promovendo assim, uma maior organização do tempo, melhorando seu desempenho na vida acadêmica. O objetivo do trabalho foi analisar a procrastinação na vida universitária, através de leitura de bibliografia, seguindo-se de uma elaboração de plano de ação que consistiu na elaboração de um evento intitulado "Bem vindo a Faculdade", momento este em que foram apresentados várias estandes com atividades explicativas e lúdicas sobre as temáticas: procrastinação, ansiedade, como se organizar, foco e outras. Esta atividade prática foi sugerida como ação complementar da disciplina de Teorias Psicogenéticas em que foram avaliados o processo de ensino aprendizagem nas perspectivas de Vygotsky, Wallon e Piaget. Num processo de pensar analógico, o que propicia o desenvolvimento de competências para ser psicólogo, esta prática possibilitou um melhor preparo na formação em Psicologia para o pensar constante a partir de postulados, técnicas, intervenções e avaliações de práticas que constituem o saber psi.

ANSIEDADE DIANTE DE TESTES: PRÁTICA COM UNIVERSITÁRIOS

Andressa Araújo<sup>1</sup>, Alana Carvalho<sup>1</sup>, Alessandra Souza<sup>1</sup>, Renata Gama<sup>1</sup>, Larissa Xavier<sup>1</sup>,  
Luciane Medeiros Machado<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduando em Psicologia da FAI;

<sup>2</sup> Orientadora: Mestre em Psicologia Social, Docente no curso de Psicologia FAI.

O ingresso no ensino superior é marcado por diversas mudanças da vida do universitário. Dessa forma, esse período é marcado por muita ansiedade, diante da adaptação e dos testes de aprendizagem. Hill e Wigfield (1984) propõem, a definição de ansiedade de prova como um "sentimento desagradável ou estado emocional que tem componentes fisiológicos e comportamentais, e que acontece quando há testes formais ou outras avaliações". Assim, o trabalho do psicólogo é importante, pois auxilia no processo de adaptação. Este trabalho refere-se a uma prática desenvolvida na disciplina de Teorias psicogenética em que foi pensado em ações que auxiliem o acadêmico na minimização de sintomas de ansiedade na faculdade, foram utilizados como recursos necessários: papelão, papel cartão, TNT, dicas de relaxamento e balas. Foram confeccionados plaquinhas com sintomas fisiológicos e emocionais comuns face a testes. Estavam divididos por cores, representando a gravidade do sintoma. Em suma, o que definiu a gravidade do nível de ansiedade foi a frequência com que o visitante sentia os sintomas fisiológicos e/ou emocionais e o quanto isso afetava sua vida social e o resultado final do teste. Após selecionar os sintomas, apresentamos dicas para diminuir a ansiedade e técnicas de relaxamento. A apresentação aconteceu nas dependências da faculdade contando com a participação de graduandos dos cursos de Psicologia, Farmácia e alunos de uma escola privada de Irecê/BA. Os resultados foram satisfatórios e atenderam os objetivos iniciais de correlacionar a teoria com ações práticas, muito importantes na formação acadêmica.

**A REALIZAÇÃO DE LEITURA E TRABALHO EM GRUPO: PERCEPÇÃO DE UNIVERSITÁRIOS**

Rafael Frantz<sup>1</sup>, Larissa Pereira<sup>1</sup>, Natália Cristiane<sup>1</sup>, Tainara Gabriele<sup>1</sup>, Vitória Matos<sup>1</sup>, Luciane Medeiros Machado<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduando em Psicologia da FAI;

<sup>2</sup> Orientadora: Mestre em Psicologia Social, Docente no curso de Psicologia FAI.

Segundo Pienda, Rosário, Núñez, (2006), tipo de exames é definido como trabalhar em grupo ou realizar um trabalho de projeto é uma tarefa difícil? O que deve ser levado em consideração em relação a aprendizagem, a qualidade do trabalho final? Inicialmente trabalhar em grupo é exigente, parece mais fácil do que fazer exames mas não corresponde à realidade, na prática. Apesar disso fica evidente a importância vital da aprendizagem fora da sala de aula. Existem vários tipos de testes como de escolha múltipla os quais representam dificuldade no momento de escolha da resposta correta já que em diversas situações muitas são as alternativas que apresentam possuir a resposta correta o que leva ao apelo da memória de reconhecimento. Os detalhes são importantes e, em muitos casos, a resposta certa só se distancia de outra por estar um pouco mais correta. Chegando-se a conclusão de que o estudo para esse tipo de exame deve centrar-se, principalmente, nos detalhes. Existem também os exames com perguntas de resposta curta ou de desenvolvimento. E nesse momento é levantada a dúvida sobre o estudo ser diferente em função do tipo de exame. No caso das questões abertas uma possível alternativa satisfatória para um bom resultado seria fazer um esquema de respostas antes de começar a escrever, organizando o que foi estudado, com a produção de exemplos para uma melhor fixação. Faz-se imprescindível ler muito e escrever bastante também. Outra opção também se faz promissora como a organização da matéria em esquemas ou mapas de ideias que facilitarão a tarefa. O ingresso na universidade é marcado por muitas mudanças na vida do graduando, que se depara muitas vezes com o trabalho em grupo e a necessidade de realização de leitura. Para Pienda, Rosário, Núñez, (2006). Analisar a percepção de alunos da Psicologia e Farmácia sobre a leitura e o trabalho em grupo. Participaram do levantamento 80 alunos dos cursos de Psicologia e Farmácia de uma instituição de ensino superior no interior da Bahia. Utilizou-se a obra CARTAS DE GERVASIO ao seu umbigo e criou-se uma enquete para verificar junto aos universitários a percepção sobre trabalho em grupo e leituras. Foi feita a leitura da carta 11 do livro supracitado, com temática de realização de leitura e trabalho em grupo. Contudo a realização de trabalhos em grupo é bem aceita entre os estudantes universitários assim como nos testes de múltipla escolha as releituras são utilizadas na maior parte das vezes e as discussões são realizadas buscando-se um senso comum quando levantadas dúvidas relacionadas com as diferentes opiniões existentes entre os acadêmicos dos três primeiros períodos da faculdade

**RELATO DE PRÁTICA: SAÚDE MENTAL NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO**

Rita Oliveira Sodré Alencar Machado  
(Docentado curso de Psicologia da FAI)

O campo da saúde mental se configura como uma área de conhecimento complexa, heterogeneia, intersetorial, composta por saberes transversais (AMARANTE, 2007). Não se restringe ao tratamento da doença mental no campo da psiquiatria. Envolve diversas áreas de conhecimento e busca a compreensão do estado mental dos sujeitos e das coletividades, nos aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e políticos (AMARANTE, 2007). Segundo o Ministério da saúde (2013), o campo da saúde mental se interessa pela compreensão, resolução e enfrentamento do sofrimento psíquico dos indivíduos, independente de uma situação de adoecimento físico. Considerando que o enfermeiro atua na área do cuidar, torna-se de extrema importância a apresentação das reflexões e das atividades realizadas ao longo da disciplina Atenção à Saúde Mental, do curso de Enfermagem, que promoveu o desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento de situações de saúde mental nos mais diversos campos de atuação. Durante o semestre, foram realizadas discussões a partir de leitura prévia, aulas expositivas, visita técnica ao CAPS II e atividades práticas, com o propósito de promover o conhecimento dos dispositivos substitutivos de atenção à saúde mental, a compreensão do papel do enfermeiro nesses espaços, além da construção de intervenções na prevenção e promoção da saúde mental na atenção básica. Nesse sentido, a disciplina, fomentou conhecimento e reflexões sobre o processo de reforma psiquiátrica no Brasil e no mundo, a partir da substituição do modelo hospitalocêntrico por um modelo de base comunitária extra-hospitalar. Ao repensar o papel do enfermeiro e seus campos de atuação, observou-se que esse profissional pode trabalhar com a saúde mental nos mais diversos serviços (CAPS; Hospital, UBSFs, SAMU, etc). Todas as atividades realizadas permitiram uma articulação entre teoria e prática. A visita ao CAPS propiciou o encontro com uma realidade existente e possível, apesar de todos os desafios e particularidades; e a construção das intervenções no campo da saúde mental exigiu criatividade na elaboração de ações capazes de gerar reflexão e mudanças de comportamento no público alvo.