

ISSN 1982-1166

CuidArte

Enfermagem

Volume 9 - Número 1 - Janeiro/Junho 2015



CuidArte

Enfermagem

ISSN 1982-1166

Catanduva, SP Volume 9 Número 1 p. 01-102 janeiro/junho 2015 Semestral

EDITOR

Faculdades Integradas Padre Albino

CONSELHO EDITORIAL

Editora-Chefe

Virtude Maria Soler

Faculdades Integradas Padre Albino - Catanduva-SP.

Editores

Alessandra Mazzo

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo - USP, Ribeirão Preto-SP.

Antonio Carlos de Araujo

Faculdades Integradas D. Pedro II, São José do Rio Preto-SP.

Ilza dos Passos Zborowski

Faculdades Integradas Padre Albino - Catanduva-SP.

Luciana Bernardo Miotto

Faculdade Integrada Metropolitana de Campinas - METROCAMP Grupo Ibmecc, Campinas-SP.

Maria Regina Lourenço Jabur

Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - Funfarme.

Bibliotecária e Assessora Técnica

Marisa Centurion Stuchi

Faculdades Integradas Padre Albino - Catanduva-SP.



Faculdades
Integradas
Padre Albino

FUNDAÇÃO PADRE ALBINO

Conselho de Administração

Presidente: Antonio Hércules

Diretoria Administrativa

Presidente: José Carlos Rodrigues Amarante

Núcleo Gestor de Educação

Antonio Carlos de Araujo

FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO

Diretor-Geral: Nelson Jimenes

Vice-Diretor: Sidnei Stuchi

Coordenador Pedagógico: Antonio Carlos de Araujo

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora de Graduação: Maria Cláudia Parro

A *CuidArte Enfermagem* é uma publicação com periodicidade semestral, editada pelo Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino.

Indexada: Base de Dados de Enfermagem - BDEFN - BIREME



FUNDAÇÃO
PADRE ALBINO

Rua dos Estudantes, 225
Parque Iracema
Catanduva-SP - Brasil
CEP. 15809-144
Fone: (17) 3311-3347

E-mail: revistaenfermagem@fipa.com.br

CONSELHO CIENTÍFICO

Anamaria Alves Napoleão – Enfermeira – Universidade Federal de São Carlos – UFSCar – SP.

Antonio Chizotti – Sociólogo – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, São Paulo-SP.

Cristina Arreguy-Sena – Enfermeira – Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF – MG.

Dircelene Jussara Sperandio – Enfermeira – Faculdades Integradas Padre Albino – FIPA, Catanduva-SP.

Dulce Maria da Silva Vendruscolo – Enfermeira – Faculdades Integradas Padre Albino – FIPA, Catanduva-SP.

Gilson Luiz Volpato – Biólogo – Instituto de Biociências de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP, Botucatu-SP.

Helena Megumi Sonobe – Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.

Isabel Amélia Costa Mendes – Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.

Isabel Cristina Belasco Bento – Enfermeira – Universidade do Sul da Bahia – UFESBA, Bahia-BA.

Jane Cristina Anders – Enfermeira – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Santa Catarina-SC.

Johis Ortega – Enfermeiro – Escuela de Enfermería y Ciencias de La Salud, Universidad de Miami – Miami USA.

José Carlos Amado Martins – Enfermeiro – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Portugal.

Josefina Gallegos Martínez – Enfermeira – Facultad de Enfermería de La Universidad Autónoma de San Luis Potosí – México.

Josimerci Ittavo Lamana Faria – Enfermeira – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP – SP.

Lúcia Marta Giunta da Silva – Enfermeira – Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) – Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo-SP.

Lucieli Dias Pedreschi Chaves – Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.

Magda Fabbri Isaac Silva – Enfermeira – Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – HCFM-USP – SP.

Manoel Santos – Psicólogo – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP – SP.

Manzêlio Cavazzani Júnior – Biólogo – Faculdades Integradas Padre Albino – FIPA, Catanduva-SP.

Márcia Bucchi Alencastre – Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP – SP e Faculdade de Educação São Luís de Jaboticabal – SP.

Maria Auxiliadora Trevizan – Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP – SP.

Maria Cristina de Moura-Ferreira – Enfermeira – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia – FAMED – UFU.

Maria de Fátima Farinha Martins Furlan – Enfermeira – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP – SP.

Maria Helena Larcher Caliri – Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP – SP.

Maria José Bistafa Pereira – Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.

Maria Luiza Nunes Mamede Rosa – Farmacêutica e Bioquímica – Faculdade de Medicina de Barretos, Barretos-SP.

Maria Tereza Cuamatzi Peña – Enfermeira – Facultad de Estudios Superiores Zaragoza da Universidad Nacional Autónoma de México – México.

Margarida Maria da Silva Vieira – Enfermeira – Universidade Católica Portuguesa – Porto – Portugal.

Mariza Almeida Silva – Enfermeira – Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador-BA.

Marli Villela Mamede – Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP – SP.

Mary Elizabeth Santana – Enfermeira – Universidade Federal do Pará – UFPA – Belém do Pará-PA.

Myeko Hayashida – Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.

Rosemary Aparecida Garcia Stuchi – Enfermeira – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina-MG.

Simone Peruffo Opitz – Enfermeira – Universidade Federal do Acre – UFAC – AC.

Sinval Avelino dos Santos – Enfermeiro – Universidade Paulista – UNIP, Ribeirão Preto – SP e Faculdade de Educação São Luís de Jaboticabal-SP.

Yolanda Dora Martinez Évora – Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP – SP.

NÚCLEO DE EDITORAÇÃO DE REVISTAS



Componentes do Núcleo:
Marino Cattalini (Coordenador)
Marisa Centurion Stuchi
Virtude Maria Soler

C966 CuidArte enfermagem / Faculdades Integradas Padre Albino, Curso de Graduação em Enfermagem. - - Vol. 9, n. 1 (jan./jun. 2015) - . - Catanduva: Faculdades Integradas Padre Albino, Curso de Enfermagem, 2007-
v. : il. ; 27 cm

Semestral.
ISSN 1982-1166

1. Enfermagem - periódico. I. Faculdades Integradas Padre Albino. Curso de Graduação em Enfermagem.

CDD 610.73

Os artigos publicados na **CuidArte Enfermagem** são de inteira responsabilidade dos autores.

- É permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte
- Capa: Ato Comunicação
- Início de circulação: dezembro de 2007 / *Circulation start: December 2007*
- Data de impressão: junho 2015 / *Printing date: June 2015*

SUMÁRIO / SUMMARY / CONTENIDO

EDITORIAL

Silene Fontana05

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES / ARTÍCULOS ORIGINALES

TEORIA DE INTERSISTEMAS DE BÁRBARA ARTINIAN NA CONSULTA DE ENFERMAGEM JUNTO À PESSOA COM LESÃO DE PELE

BARBARA ARTINIAN INTERSYSTEM MODEL IN NURSING CONSULTATION TO THE PERSON WITH SKIN INJURY
TEORÍA DE BARBARA ARTINIAN EN CONSULTA DE ENFERMERÍA A LA PERSONA CON LESIÓN EN LA PIEL
Nathália Alvarenga-Martins, Cristina Arreguy-Sena, Marcelo da Silva Alves, Denise Cristina Alves de Moura.....09

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: PERFIL ASSISTENCIAL DE UMA MATERNIDADE ESCOLA DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

OBSTETRICAL VIOLENCE: PROFILE ASSISTANCE OF A STATE OF SÃO PAULO INTERIOR MATERNITY SCHOOL
VIOLENCIA OBSTÉTRICA: PERFIL ASISTENCIAL DE UNA MATERNIDAD ESCUELA DEL INTERIOR DEL ESTADO DE SÃO PAULO
Terezinha Soares Biscegli, Jamile Martins Grio, Livia Costa Melles, Stella Regina Mastrangi Ignácio Ribeiro, Ricardo Alessandro Teixeira Gonsaga18

CUIDADOS PALIATIVOS, DIAGNÓSTICOS E TERMINALIDADE: INDICAÇÃO E INÍCIO DO PROCESSO DE PALIAÇÃO

HOSPICE CARE, DIAGNOSTIC AND TERMINALLY: INDICATION AND PROCESS START PALLIATION
CUIDADOS PALIATIVOS, DIAGNÓSTICOS Y TERMINALIDAD: INDICACIÓN Y COMIENZO DEL PALIACIÓN PROCESO
Ligia Adriana Rodrigues, Cristiane Ligeiro, Michele da Silva.....26

ORTOTANÁSIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS

ORTHOTHANASIA IN AN INTENSIVE CARE UNIT FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTH PROFESSIONALS
ORTOTANASIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DESDE LA PERSPECTIVA DEL PROFESIONAL
Fabrícia Vieira Maia, Tamires Regina dos Santos, Ivete Maria Ribeiro36

AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM: UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA ENFERMEIROS DE SERVIÇOS DE SAÚDE OCUPACIONAL HOSPITALAR

VIRTUAL LEARNING ENVIRONMENT: A PROPOSAL FOR CONTINUING EDUCATION FOR NURSES OF HOSPITAL OCCUPATIONAL HEALTH SERVICES
ENTORNO VIRTUAL DE APRENDIZAJE: UNA PROPUESTA DE FORMACIÓN CONTINUA PARA ENFERMERAS DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL DE HOSPITAL
Regiane de Fátima Omitto Serrano, Nelson Alves Pinheiro Neto, Tânia Azevedo da Silva, Wanderlei Araújo da Silva, Lucas Adriano dos Santos, Maria Cláudia Parro, Andréia de Haro Moreno.....44

CARACTERIZAÇÃO FITOQUÍMICA E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE FÍSICO-QUÍMICA E MICROBIOLÓGICA DE AMOSTRAS DE CHÁ-VERDE COMERCIALIZADAS NO MUNICÍPIO DE CATANDUVA-SP

PHYTOCHEMICAL CHARACTERIZATION AND EVALUATION OF PHYSICOCHEMICAL AND MICROBIOLOGICAL QUALITY OF GREEN TEA SAMPLES MARKETED IN CATANDUVA-SP

CARACTERIZACIÓN FITOQUÍMICO Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD FÍSICA, QUÍMICA Y MICROBIOLÓGICA EN MUESTRAS DE TÉ VERDE VENDIDAS EN CATANDUVA-SP

Giovanna Alves de Araújo Braga, Eduardo Hortolan, Marcos Vinícius Coelho, Jéssica Janaína Simiel, Andréia de Haro Moreno.....51

COMO A DOR E O SOFRIMENTO DO PACIENTE ONCOLÓGICO AFETAM O MÉDICO NO PROCESSO DE TRATAMENTO

AS THE PAIN AND SUFFERING OF ONCOLOGICAL PATIENTS AFFECT THE DOCTOR IN THE TREATMENT PROCESS

COMO EL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO AFECTA EL DOCTOR EN EL PROCESO DE TRATAMIENTO
Ligia Adriana Rodrigues, Erica Lourenço Moraes, Juliana Raquel Betoschi, Cristiane Paschoa Amaral58

EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS E ACIDENTES COM GRADUANDOS DE MEDICINA E ENFERMAGEM

EXPOSURE TO BIOLOGICAL FLUIDS AND ACCIDENTS INVOLVING MEDICINE AND NURSING STUDENTS

EXPOSICIÓN A FLUIDOS BIOLÓGICOS Y ACCIDENTES CON ESTUDIANTES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Maristela Aparecida Magri Magagnini, Viviane Mari Honori, Ofélia Maria Yukie Takiguchi, Priscila Medeiros Gomes da Silva, Mariana Magri Magagnini, Maicon Sanches Morandi71

PREVALÊNCIA DE SÍNDROME METABÓLICA EM ADOLESCENTES OBESOS: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

PREVALENCE OF METABOLIC SYNDROME IN OBESE ADOLESCENTS: DIAGNOSTIC CRITERIA

PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN ADOLESCENTES OBESOS: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Juliana Fonoff, Larissa de Cairo Souza, Taiane Almeida Celeghin, Amanda Oliva Gobato.....78

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO / UPDATE ARTICLE / ARTÍCULO ACTUALIZACIÓN

A SÍNDROME DRESS: UMA ATUALIZAÇÃO

DRESS SYNDROME: AN UPDATE

SÍNDROME DRESS: UNA ACTUALIZACIÓN

Janaína Cappi Moraes.....86

ARTIGO DE REVISÃO / REVIEW ARTICLE / ARTÍCULO DE REVISIÓN

DIETA SEM GLÚTEN E SEM CASEÍNA NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

GLUTEN-FREE AND CASEIN-FREE DIET IN THE AUTISTIC SPECTRUM DISORDER

DIETA SIN GLÚTEN Y SIN CASEÍNA EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Carolina Suemi Yabiku Vaz, Kamila Aoki, Lylían Freitas, Amanda Oliva Gobato.....92

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

STANDARDS PUBLISHING / NORMAS DE PUBLICACIÓN.....99

Editorial

Silene Fontana*

Nas últimas décadas, a educação brasileira tem vivenciado mudanças significativas, que vêm resultando na ampliação do número de pessoas que têm acesso às escolas, assim como do nível médio de escolarização da população. A educação básica proporciona a criticidade enquanto que o ensino superior, a reflexão.

Ao propor uma reflexão sobre a educação brasileira, cabe aqui recordar que só em meados do século XX o processo de expansão da escolarização básica começou, e o seu crescimento, em termos de rede pública de ensino, deu-se no fim dos anos 1970 e início dos anos 1980, momento em que as normalistas de azul e branco estão em protestos nas ruas e não mais cantadas em verso e prosa.

No contexto das mudanças que ocorreram no País, alguns marcos legais significativos merecem registros. Em primeiro lugar, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei nº 9.394 de 20 de novembro de 1996, que trouxe um grande avanço no sistema de educação brasileiro, pois visa tornar a escola um espaço de participação social, valorizando a democracia, o respeito, a pluralidade cultural e a formação do cidadão. Outra mudança foi o fortalecimento do financiamento da Educação Básica, através da criação do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB), criado pela Emenda Constitucional nº 53/06 e Lei nº 11.494/07, que contribuiu para aumentar significativamente o volume de recursos para este nível da escolaridade.

As políticas e programas para a educação, traçados nas últimas gestões de governo, contemplam, como foco central das preocupações, a viabilização do acesso e a permanência. No entanto, se o acesso é um desafio que requer infraestrutura e recursos humanos, a permanência e o sucesso são de natureza mais complexa e demandam investimentos.

Nesse contexto, cabem os seguintes questionamentos: "Que qualidade de formação tem sido oferecida para todos aqueles que demandam a educação escolar em seus diferentes níveis e modalidades? Quais são os fatores envolvidos na educação de qualidade?"

Um dos pontos de maior responsabilidade a ser considerado na qualidade do ensino é o que se refere às condições de trabalho, qualificação e remuneração dos profissionais da educação.

É de consenso entre os profissionais da área educacional a importância da valorização docente para um ensino de qualidade. O baixo salário somado ao desprestígio social e à ausência de um plano de carreira reduz a atratividade para a docência, prejudicando o ensino como um todo.

A formação dos professores é também um aspecto fundamental da valorização docente. A lógica é: professores com boa formação promovem educação de qualidade. Assim, para a melhor qualificação dos profissionais em educação, a ênfase deve ser dada na formação, que deve abranger a formação inicial, a formação continuada, a possibilidade de estágios supervisionados e o exercício de reflexão sobre sua própria prática.

A finalidade da educação é o pleno desenvolvimento do indivíduo, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho, como descrita na Constituição Federal de 1988.

Melhorar todos os aspectos da qualidade da educação e assegurar excelência para todos ainda são desafios na atualidade.

A **CuidArte Enfermagem**, com sensibilidade e competência, orienta-nos a olhar na perspectiva da Saúde e sua intrínseca relação com a Educação, ensinando-nos, por meio de seus artigos, entre outros saberes, que o Educar e Cuidar

* Doutora em Educação pela PUC de São Paulo. Mestre em Educação, com ênfase em Administração Escolar pela UNESP de Marília. Licenciada em Pedagogia pela Universidade de Marília/SP. Licenciada em História e Geografia pela Universidade de Marília/SP. Supervisora de Ensino em Barretos/SP. Coordenadora do Curso de Pedagogia das FIPA/Catanduva-SP. Professora das FIPA no curso de Pedagogia e Pós-Graduação. Tutora de EAD no Centro Universitário de Rio Preto. Pesquisadora do GEPAL/UNICAMP.

precisam ser reinventados, pois como nos ensina Moacir Gadotti¹, "da janela do quintal, podemos ver o mundo".

E aqui, podemos relembra que o estatuto científico só se legitima como organização da reflexão, pedagogia da práxis, ao propor o que não é possível ainda alcançar.

A participação de outros profissionais preocupados com tema tão urgente - Melhoria da Qualidade Educacional Brasileira - apresenta-se, nesta edição, não como uma novidade, mas com urgência e emergência. Não é necessário ir muito além do simples bom senso para se afirmar a necessidade de tratamento intensivo para a formação de novos profissionais competentes e éticos.

O futuro é que deve orientar e conduzir a nossa ação presente, pois o passado nos ensina apenas a necessidade de não repeti-lo, como bem nos ensinou, ainda na década de 1970, Berger², o criador da prospectiva, ensina-nos que se deve "construir o presente a partir do futuro" e que é mais útil ver longe e globalmente para se poder pensar em modificar em profundidade todo o objeto da ação - "é preciso avaliar o que somos a partir do futuro e não decidir o futuro a partir do que somos atualmente".

Editorial

During the last decades, the Brazilian education has experienced significant changes, which have resulted in an increased number of people with access to schools, as well as in the average level of education of the population. Basic education provides the criticality while higher education, brings reflection.

Trying to propose a reflection about the Brazilian education, it should be remembered that the expansion of basic education process started only in the mid-twentieth century, and its growth, in terms of public schools, took place only in the late 1970's and early 1980, when the blue and white normalists took to the streets in protests and were no longer sung in verse and prose.

In the context of the changes that have occurred in the country, some significant legal landmarks deserve records. First, the law of Guidelines and Bases for national education (LDB), law Nº. 9,394 of November 20th, 1996, which brought a breakthrough in the Brazilian education system, since it aims to make the school a space of social participation, enhancing democracy, respect, cultural plurality and the formation of the citizen. Another change was the strengthening of the financing of basic education through the creation of the maintenance and development of basic education and recovery of professionals of education (FUNDEB), created by Constitutional Amendment 53/06 and law Nº. 11,494/07, which significantly contributed to increase the amount of resources to this level of education.

The policies and programs for education, outlined in recent government administrations, contemplate, as a central focus of the concerns, the viability of the access and permanence. However, if the access is a challenge that requires infrastructure and human resources, the permanence and success are more complex in nature and require investment.

In this context, the following questions: "what quality of training has been offered to all those that require school education in its various levels and courses? What are the factors involved in quality education?"

One of the points of greatest responsibility to be considered in the quality of teaching is with respect to working conditions, qualifications and remuneration of education professionals.

Is consensus among educational professionals the importance of teaching appreciation for a quality education. The low salary plus social status and the absence of a career plan reduces the attractiveness for the teaching, teaching as a whole.

The training of teachers is also a fundamental aspect of the recovery. The logic is: teachers with good education promoting quality education. So, for the best qualification of professionals in education, emphasis should be given in training, which shall include initial training, continuing training, the possibility of supervised internships and the exercise of reflection on their own practice.

The purpose of education is the full development of the individual, his preparation for the exercise of citizenship and your qualification for the job, as described on the Federal Constitution of 1988.

Improving all aspects of the quality of education and ensuring excellence for all are still current challenges.

With sensitivity and competence the journal *Cuid. & Arte Enfermagem*, guides us to look from the perspective of health and its intrinsic relationship with education, teaches us, through its articles, among other knowledge, that Educating and Caring need to be revisited, because according with Moacir Gadotti¹, teaching "backyard window, we can see the world".

And here, we remind you that the scientific status only legitimized as an organization of reflection, pedagogy of Praxis, when it proposes what it is not yet achieved.

The participation of other professionals concerned with such an urgent topic - Brazilian Education quality improvement - it's present in this issue, not as a novelty, but as a matter of urgency and emergency. It is not necessary

¹ Gadotti M. Pedagogia da terra. Petrópolis: Vozes; 2000.

² Berger apud Vale JMF. Projeto pedagógico como projeto coletivo. São Paulo: UNESP; 1995.

to go far beyond the simple good sense to claim the need of intensive treatment for training new competent and ethical professionals.

The future should guide and lead our present action, because the past teaches us just the necessity of not repeating it, like well taught us, in the 1970, Berger², the creator of foresight, claiming that we must "build the present starting from the future" and that is most useful to see far and globally in order to think about changing in depth all the action object-"we need to evaluate what we are from the future and not to decide the future from what we are today".

Editorial

En las últimas décadas, la educación brasileña ha experimentado cambios significativos, los cuales han dado lugar a la expansión de la cantidad de personas que tienen acceso a las escuelas, así como el nivel promedio de Educación de la población. Educación básica proporciona la criticidad y educación superior, reflexión.

Para proponer una reflexión sobre la educación de Brasil, se recordó que sólo en la mitad del siglo XX comenzó la expansión del proceso de la educación básica, y su crecimiento, en términos de las escuelas públicas, llevó a cabo en el 1970's fines y principios de 1980, tiempo en que las frequentadoras de escuelas de magisterio de azul y blanco están protestando en las calles y no cantadas en verso y prosa.

En el contexto de los cambios que han ocurrido en el país, algunos hitos legales importantes merecen los registros. En primer lugar, la ley de directrices y Bases para la educación nacional (LDB), Ley Nº 9.394, de 20 de noviembre de 1996, que trajo un gran avance en el sistema educativo brasileño, ya que pretende hacer de la escuela un espacio de participación social, mejorar la democracia, el respeto, la pluralidad cultural y la formación del ciudadano. Otro cambio fue el fortalecimiento de la financiación de la educación básica a través de la creación del mantenimiento y desarrollo de la Educación Básica y Valoración de Profesionales de la Educación (FUNDEB), creado por enmienda constitucional 53/06 y Ley Nº 11.494/07, contribuyendo a aumentar significativamente el volumen de recursos a este nivel de escolaridad.

Las políticas y programas para la educación, en las últimas administraciones de gobierno, contemplan, como un foco central de las preocupaciones, la viabilidad del acceso y permanencia. Sin embargo, si el acceso es un desafío que requiere de infraestructura y recursos humanos, la permanencia y el éxito son más complejos en la naturaleza y requieren inversión.

En este contexto, las siguientes preguntas: "qué calidad de la formación se ha ofrecido a todos aquellos que requieran de enseñanza escolar en sus diversos niveles y cursos? ¿Cuáles son los factores involucrados en la educación de calidad?"

Uno de los puntos de mayor responsabilidad a considerar en la calidad de la enseñanza es con respecto a las condiciones de trabajo, cualificación y remuneración de los profesionales de la educación.

Es consenso entre los profesionales de la educación la importancia de enseñar apreciación para una educación de calidad. El bajo salario además del estado social y la ausencia de un plan de carrera reduce el atractivo para la enseñanza y la enseñanza como un todo.

La formación de los docentes es también un aspecto fundamental de la recuperación. La lógica es: maestros con buena educación promoción de la calidad de la educación. Por lo tanto, para la mejor cualificación de profesionales en educación, debe hacerse hincapié en la formación, que comprenderá la formación inicial, formación continua, la posibilidad de pasantías supervisadas y el ejercicio de reflexión sobre su propia práctica.

El propósito de la educación es el pleno desarrollo del individuo, su preparación para el ejercicio de la ciudadanía y su calificación para el trabajo, como se describe en la Constitución Federal de 1988.

Mejorar todos los aspectos de la calidad de la educación y asegurar la excelencia para todos siguen siendo desafíos hoy en día.

La revista *Guida de Prática Enfermagem* también con sensibilidad y competencia, nos orienta en la perspectiva de la salud y su relación intrínseca con la educación, nos enseña, a través de sus artículos, entre otros, que educar y cuidado deben examinarse, porque Moacir Gadotti¹, nos enseña cómo "por la ventana del patio trasero, podemos ver el mundo".

Y aquí, os recordamos que el estado científico legitimado sólo como una organización de reflexión, pedagogía de la praxis, a proponer lo que todavía no puede lograr.

La participación de otros profesionales relacionados con el tema tan urgente - mejoría de la calidad educativa brasileña - presenta en esta edición, no como una novedad, sino como una cuestión de urgencia y emergencia. No es necesario ir más allá de simple buen sentido para afirmar la necesidad de tratamiento intensivo para la formación de nuevos profesionales competentes y éticos.

El futuro es lo que debería conducir nuestra acción presente, porque el pasado nos enseña sólo necesitamos no repetirlo, así enseñado, incluso en la década de 1970, Berger², creador de previsión, nos enseña que debemos "construir el presente desde el futuro", y que es más útil para ver el momento y en el mundo para poder pensar y cambiar a fondo toda la acción del objeto - "es necesario evaluar lo que somos desde el futuro y no decidir el futuro de estamos hoy".

Artigos Originais



TEORIA DE INTERSISTEMAS DE BÁRBARA ARTINIAN NA CONSULTA DE ENFERMAGEM JUNTO À PESSOA COM LESÃO DE PELE

BARBARA ARTINIAN INTERSYSTEM MODEL IN NURSING CONSULTATION TO THE PERSON WITH SKIN INJURY

TEORÍA DE BARBARA ARTINIAN EN CONSULTA DE ENFERMERÍA A LA PERSONA CON LESIÓN EN LA PIEL

Nathália Alvarenga-Martins*, Cristina Arreguy-Sena**, Marcelo da Silva Alves***, Denise Cristina Alves de Moura****

Resumo

Introdução: No cuidado a pessoas com feridas é importante o uso de instrumentos para qualificar a sistematização da assistência de enfermagem. **Objetivo:** Descrever a construção de impressos alicerçados no modelo de Intersistemas de Bárbara Artinian para operacionalizar a consulta de enfermagem em nível ambulatorial ou domiciliar junto ao indivíduo com ferida. **Material e Método:** Trata-se de um relato de experiência. **Resultados:** Foram criados três impressos: o primeiro deles destinado ao histórico de enfermagem e estruturado segundo a teoria de Artinian; o segundo lista 30 diagnósticos de enfermagem e o terceiro 51 intervenções de enfermagem e 37 resultados de enfermagem esperados, os dois últimos alinhados segundo as taxonomias NANDA Internacional (NANDA I), *Nursing Intervention Classification International* (NIC), *Nursing Outcome Classification* (NOC) e voltados para a abordagem ao indivíduo com lesão de pele. A aproximação da teoria de Bárbara Artinian da temática "a abordagem ao indivíduo com ferida" contemplou as diversas dimensões do cuidado aos quais o enfermeiro deve ater-se durante tratamento de lesões de pele. Os três impressos criados são capazes de operacionalizar o processo de enfermagem junto ao indivíduo com ferida, estando este em ambiente ambulatorial ou no próprio domicílio. **Conclusão:** O uso de referenciais teórico-filosóficos na prática clínica representa uma forma de sanar a carência de consciência reflexiva por parte dos profissionais. Tomando por base o conhecimento teórico, o papel do enfermeiro é conduzir o desenvolvimento da prática em enfermagem com responsabilidade científica e ética.

Palavras-chave: Enfermagem. Teoria de enfermagem. Processos de enfermagem.

Abstract

Introduction: In the care of people with wounds it is important to use instruments to qualify the systematization of nursing care. **Objective:** To describe the construction of printed matter grounded in Barbara Artinian Intersystem Model in order to operate the nursing consultation of a wounded patient both at an ambulatory as well at home. **Material and Method:** It is an experience report. **Results:** We created three printed forms: the first one intended for nursing history and structured according to the model of Artinian; the second with a list of 30 nursing diagnoses and the third with 51 nursing interventions and 37 nursing expected results. The last two were aligned according with the taxonomies NANDA International (NANDA I), *Nursing Intervention Classification International* (NIC), *Nursing Outcomes Classification* (NOC), being focused on the approach to the patient with skin lesions. The approach of Barbara Artinian model to the topic "approach to the wounded patient," contemplated the various care dimensions to which a nurse should stick up during skin lesions treatment. The three created printed forms are able to operate the nursing process with wounded patient, both in an outpatient setting or at homecare. **Conclusion:** The use of both theoretical and philosophical references in clinical practice characterizes a way to correct the lack of reflective consciousness by professionals. Based on theoretical knowledge, the nurses' role is the one of leading the development of nursing practice with scientific and ethical responsibility.

Keywords: Nursing. Nursing theory. Nursing process.

Resumen

Introducción: En el cuidado de personas con heridas es importante utilizar los instrumentos para calificar la sistematización de la atención de enfermería. **Objetivo:** Describir la construcción de los impresos basados en el modelo de Barbara Artinian intersistemas para poner en funcionamiento la consulta de enfermería de forma ambulatoria o en casa por el individuo con la herida. **Material y Método:** Se trata de un relato de experiencia. **Resultados:** Tres impresos fueron creados: el primero destinado a la historia de la enfermería y estructurado de acuerdo con la teoría de la Artinian; el segundo listó 30 diagnósticos de enfermería y el tercero 51 intervenciones de enfermería y 37 resultados esperados, los dos últimos alineados segundo las taxonomías NANDA Internacional (NANDA I), *Intervención de Enfermería Clasificación Internacional* (NIC), los resultados de Enfermería (NOC) y frente al abordaje del paciente con lesiones en la piel. La aproximación con la teoría de Barbara M. Artinian temática "acercamiento a la persona con la herida," contempla las diversas dimensiones y se preocupan de que las enfermeras deben defender en los tratamientos de lesiones de la piel. Los tres impresos creados son capaces de operar el proceso de enfermería con la persona con la herida, con esto en un ámbito ambulatorio o en casa propia. **Conclusión:** El uso de referencias teórico-filosóficas en la práctica clínica se presenta como una forma de remediar la falta de conciencia reflexiva por profesionales. Basado en el conocimiento teórico, el papel de la enfermera es impulsar el desarrollo de la práctica de enfermería con responsabilidad científica y ética.

Palabras clave: Enfermería. Teoría de enfermería. Procesos de enfermería.

* Enfermeira, Estomaterapeuta, Mestre em Enfermagem, Professora Substituta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora-MG, Brasil. Contato: nath.alvarenga.martins@gmail.com

** Enfermeira, Doutora, Professora da Faculdade de Enfermagem da UFJF, Juiz de Fora-MG, Brasil. Contato: cristina.arreguy@uff.edu.br

*** Enfermeiro, Doutor, Professor da Faculdade de Enfermagem da UFJF, Juiz de Fora-MG, Brasil. Contato: enfermar@oi.com.br

**** Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora Substituta da Faculdade de Enfermagem da UFJF, Juiz de Fora-MG, Brasil. Contato: denisematipo@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Definidas como a “interrupção da continuidade de um tecido corpóreo”¹, as feridas ou lesões de pele podem ter inúmeras causas que levam ao seu desenvolvimento, dentre elas: agravos metabólicos, comprometimentos circulatórios e pressões contínuas de estruturas ósseas sobre os tecidos moles, em decorrência de restrição de mobilidade². Podem ainda ter como causa fatores extrínsecos como: traumas mecânicos, térmicos ou em decorrência de terapêuticas, a exemplo das feridas cirúrgicas e implantes de cateteres endovenosos/subcutâneos^{1,2}.

O estilo de vida é fator capaz de aumentar a vulnerabilidade dos tecidos para o surgimento de feridas, constituindo-se em campo fértil para atuação do profissional enfermeiro dentro da prevenção e promoção de saúde^{1,3}. Etilismo, tabagismo, sedentarismo, alimentação desregrada, não adesão ao tratamento de doenças de cunho metabólico, circulatório e neoplásico, são exemplos trazidos pela literatura de agentes que tornam os tecidos susceptíveis ao aparecimento de feridas e agravos das já instaladas⁴.

Na história da Enfermagem o tratamento de feridas sempre esteve inserido como prática recorrente. Dos iniciais, ligados aos costumes e hábitos empíricos, até aos atuais, alicerçados no conhecimento científico, nos crescentes avanços tecnológicos e respaldados por portarias, regulamentações e protocolos⁵.

Hoje o tratamento de feridas é uma especialização da Enfermagem, reconhecida pela Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) e pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Dermatológica (SOBEND) e garante autonomia ao profissional especializado para o atendimento nos diferentes níveis de complexidade em saúde, quer seja inserido em equipe multiprofissional de uma instituição ou em negócio próprio, sem vínculo empregatício^{6,7}.

Autonomia está sendo concebida aqui como a liberdade para tomar decisões no exercício legal de suas atribuições profissionais no cumprimento de tarefas visando melhores resultados. A autonomia profissional representa o reconhecimento e a conquista de um espaço e se dá pelo domínio do conhecimento científico, filosófico e por uma prática pautada na ética e respaldada pela legislação vigente no país⁸.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) está prevista como orientação do Conselho Federal de Enfermagem para que seja utilizada em todos os ambientes em que o cuidado de enfermagem seja realizado e consiste em uma forma de viabilizar o cuidado baseado no conhecimento científico, num referencial teórico e na utilização do raciocínio clínico para a tomada de decisão⁹. E o uso de impressos para instrumentalizar a SAE junto ao indivíduo com ferida, além de auxiliar na estruturação do raciocínio clínico, otimiza o tempo de trabalho e garante os registros das seguintes etapas do Processo de Enfermagem (PE): Histórico, Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem^{10,11}.

Para sistematização do cuidado de enfermagem é preconizado que se adote um referencial teórico filosófico que irá direcionar e organizar o pensamento clínico do enfermeiro, segundo a teoria escolhida^{9,12,13}. Ao se pensar a ferida enquanto morbidade capaz de gerar impactos negativos em nível biológico, psicossocial e espiritual cuja abordagem de enfermagem exige a participação do usuário como um agente ativo de seu próprio cuidado, a aproximação do modelo de intersistemas de Artinian é válida e conveniente, pois incorpora o conceito de indivíduo como um sistema perceptor, autodeterminado e autorregulado^{1,14}.

Como forma de padronização da linguagem de enfermagem na aplicação do PE a NANDA Internacional (NANDA I) se constitui em uma estratégia comunicacional e permite ao enfermeiro exprimir os problemas reais ou potenciais de saúde e está alinhada a *Nursing Intervention Classification International* (NIC), taxonomia que lista as possibilidades terapêuticas que são da competência do enfermeiro em nível internacional, e a *Nursing Outcome Classification* (NOC) que disponibiliza parâmetros para avaliação das intervenções realizadas¹⁵⁻¹⁷. As taxonomias NANDA I, NIC e a NOC, também chamadas de NNN, constituem-se em ferramentas capazes de viabilizar a sistematização da assistência de enfermagem em consonância com a legislação vigente.

Teoria de Bárbara Artinian: conceitos, metaparadigmas e seu uso na abordagem de pessoas com lesões de pele

Artinian aborda a enfermagem através de um modelo de intersistemas que se concentra nas interações

entre paciente-enfermeiro¹³. A teoria baseia-se em vários trabalhos, um deles o do Senso de Coerência (SOC), com origem nas ciências sociais. Este contribuiu para a fundamentação do conceito de Senso Situacional de Coerência (SSOC) proposto por Artinian e representa uma forma avaliativa da adaptação do indivíduo ao seu contexto situacional¹⁴.

Dentre os conceitos definidos na teoria encontra-se o de indivíduo "que é um sistema cujos subsistemas são biológicos, psicossociais e espirituais"¹⁴. Estes subsistemas interagem com o ambiente no nível biológico e as funções orgânicas do indivíduo se traduzem em resultados dessa interação. Para Artinian, o ambiente é dividido em interno e externo, sendo o externo chamado situacional, e se dá a partir das interações enfermeiro-paciente. Já o ambiente interno existe em duas perspectivas, na do paciente e na do enfermeiro^{13,14}.

Ainda dentro dos conceitos, a saúde é vista por Artinian como multidimensional e é retratada a partir da capacidade de estabilização e adaptação ao ambiente, sendo o SSOC um reflexo da adaptação do indivíduo à crise, cabendo ao enfermeiro investigação constante do mesmo. A enfermagem, dentro da teoria, tem seu papel na elevação do SSOC junto ao indivíduo, sendo para isso necessário captar frequentemente o conhecimento do indivíduo acerca de si próprio e de sua condição saúde-doença, bem como saber qual a motivação e os recursos utilizados para enfrentamento de crise e desafios^{13,14}.

O modelo intersistema possui dois níveis: o intra-sistema com foco no indivíduo (tanto paciente quanto enfermeiro) e o intersistema, que se concentra nas interações entre paciente e enfermeiro. No primeiro têm-se três componentes básicos denominados detector (processa informação), seletor (compara situação com atitudes e valores dos envolvidos) e o efetor (identifica os comportamentos relevantes para a situação). O segundo se dá apenas quando ocorre a interação enfermeiro-paciente, onde a comunicação e a negociação levam ao desenvolvimento de um plano de cuidado que se for efetivo terá como resultado uma elevação do SSOC, medido por mudanças no conhecimento, valores, crenças e comportamentos^{13,14}.

Ao se pensar a teoria de intersistemas de Artinian para abordagem do indivíduo com lesão de pele, os

conceitos e pressupostos da mesma vão ao encontro das necessidades previstas para o tratamento de feridas, visto que este exige investigação minuciosa acerca do nível de conhecimento que o indivíduo com ferida tem a respeito de sua enfermidade e condição geral de saúde, bem como de suas estratégias utilizadas para adaptar-se a esta condição e a motivação para enfrentamento dos desafios de se ter uma ferida^{18,19}.

A exigência de uma integração entre os subsistemas (biológicos, psicossociais e espirituais) permite melhor compreensão das causas da instalação da ferida e definição de qual o melhor plano de tratamento que paciente-enfermeiro devem estabelecer¹⁸.

O presente relato objetivou descrever a construção de impressos alicerçados no modelo de Intersistemas de Artinian para operacionalizar a consulta de enfermagem junto ao indivíduo com ferida em nível ambulatorial ou domiciliar, segundo as taxonomias NNN. Este estudo justifica-se diante da necessidade de oferecer um cuidado pautado nos princípios humanísticos ao ser humano e em consonância com a legislação em vigor.

MATERIAL E MÉTODO

Relato de experiência da construção de impressos para registrar as etapas de histórico de enfermagem, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem durante o processo de cuidar de pessoas com ferida, segundo referencial teórico filosófico de Artinian e taxonomias NNN.

A construção dos impressos deu-se a partir da disciplina de Bases Filosóficas para o Cuidar, oferecida pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais. A disciplina abordou a evolução histórica das bases teóricas, os aspectos conceituais e filosóficos para o cuidar, bem como as implicações dos modelos teóricos na explicação do fenômeno enfermagem.

Durante a disciplina, realizada no período de Outubro de 2012 a Janeiro de 2013, os discentes foram estimulados a realizar uma aproximação entre o seu objeto de estudo ou temática de interesse e algum modelo teórico filosófico. A proposta aguçou inquietações e a busca de leituras aprofundadas das teorias abordadas, objetivando encontrar respostas para os seguintes questionamentos:

qual referencial que melhor organizaria o raciocínio clínico e direcionaria o olhar do enfermeiro diante da realidade da abordagem e manejo do indivíduo com lesões de pele? Haveria a possibilidade de sistematizar essa abordagem através de impressos que operacionalizassem o processo de enfermagem alicerçado pelo referencial teórico escolhido?

Dentre os modelos teóricos filosóficos contemplados na bibliografia da disciplina, o de Artinian foi um dos que mais se aproximou do objeto de estudo (abordagem de enfermagem ao indivíduo com ferida). A teoria de Artinian caracteriza o indivíduo em subsistemas que estão em constante interação com o ambiente e exige do enfermeiro a investigação e valorização do conhecimento que o indivíduo com ferida possuiu a respeito de sua condição.

O referencial de Artinian sanou a inquietação advinda da dicotomia entre a necessidade de se pensar um cuidado de enfermagem especializado, mas sem deixar de envolver outras necessidades de saúde do indivíduo, bem como valorizar suas crenças e valores individuais.

Esse referencial mostrou-se adequado, ao conceber que a interação é mutuamente influenciada entre enfermeiro e indivíduo e ao enfatizar os recursos de comunicação, a forma como os valores são negociados e como os comportamentos são coordenados para implantar um plano de assistência mútua que irá possibilitar o aumento do SSOC do indivíduo portador de feridas¹⁴.

A definição do conteúdo dos impressos, baseados na teoria escolhida, deu-se de forma a colocá-lo em consonância com a legislação e, por isso, os mesmos contemplam as etapas do Processo de Enfermagem, a saber: histórico de enfermagem; definição dos diagnósticos de enfermagem; planejamento das ações de enfermagem; implementação e avaliação dos resultados das ações de enfermagem. Utilizaram-se as taxonomias NNN para operacionalizar o desenvolvimento do processo de enfermagem, visando padronização da linguagem em âmbito internacional.

A teoria de Artinian sustentou a construção dos impressos de coleta de dados, possíveis diagnósticos, prescrições e resultados de enfermagem, ao conceber o indivíduo portador de feridas por meio dos componentes básicos: detector, seletor e efector.

O componente detector se refere aos conhecimentos dos indivíduos quanto a sua ferida, considerando os três subsistemas: o biológico, relacionado à fisiopatologia da ferida; o psicossocial que considera a condição socioeconômica e a necessidade de suporte social, e o espiritual, relativo à perspectiva do indivíduo em relação ao tratamento.

Já o componente seletor sustentou a construção dos impressos ao comparar as situações e valores do indivíduo voltados para os objetivos/planos de cuidado; no nível biológico, ao levantar as necessidades de cuidado e condição de saúde do indivíduo; no nível psicossocial referente ao enfrentamento, aceitação e apoio familiar, e no nível espiritual que considera as crenças do indivíduo em relação ao autocuidado da ferida.

O componente efector contribuiu com a proposta ao identificar os comportamentos relevantes para a situação de se ter uma ferida, também considerando os três subsistemas: biológico, ao avaliar a possibilidade de mudanças de hábitos de vida em decorrência de se ter uma ferida; psicossocial que levanta a necessidade para a realização do autocuidado, e o espiritual ao identificar a utilização de crenças e rituais religiosos para cuidar da ferida.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Elaboraram-se três impressos baseados na teoria de Artinian capazes de operacionalizar o processo de enfermagem para abordagem, em nível ambulatorial ou domiciliar, do indivíduo com ferida. Os impressos foram: instrumento para histórico de enfermagem; lista de diagnósticos de enfermagem; lista de intervenções de enfermagem e parâmetros para avaliação dos resultados de enfermagem esperados. Os três últimos impressos seguiram as taxonomias NNN.

O instrumento destinado ao histórico de enfermagem (Figura 1) foi diagramado de forma a contemplar o referencial de Artinian sendo dividido nos três componentes básicos da teoria: detector - processa a informação; seletor - compara situação com atitudes e valores dos envolvidos, e efector - identifica os comportamentos relevantes para a situação^{13,14}. Dentro dos três componentes básicos delimitaram-se os subsistemas: biológico, psicossocial e espiritual¹⁴.

Figura 1 - Instrumento de coleta de dados para abordagem de pessoas com ferida, segundo referencial teórico de Artinian, Juiz de Fora-MG, jun. 2015

 UFJF Faculdade de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem Nome: _____ Nome do Familiar/Acompanhante: _____ Gênero: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Idade: _____ Grau de instrução: _____ Telefones para contato: _____ Endereço: _____		Data: _____																																										
Teoria de B. Artinian DETECTOR (Conhecimento) Como surgiu a ferida (o que sabe, o que a desencadeou)? Fatores desencadeadores: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Doenças crônicas (cardíaca, câncer, outras) Medicação em uso? (especificar) _____ Terapêutica já utilizada (enxertia, desbridamento cirúrgico, câmara hiperbárica): _____ Edema/cacifo (+/4+): PA: _____; PAM: _____; ITB: _____ SPO ₂ (MMII, MMSS): _____/_____; Pulso periférico:(podático, maleolar-D/E): _____ Braden: <input type="checkbox"/> muito alto <input type="checkbox"/> risco alto <input type="checkbox"/> risco moderado <input type="checkbox"/> Baixo risco <input type="checkbox"/> Sem risco Laboratoriais(Glicemia capilar, hemograma, cultura de secreção, outros): _____ Descrição das feridas 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ AC: acompanhada CCT: cicatrizada NV: iniciada após tratamento ARA: área de risco PRC:solicitado parecer Como é ter uma ferida? (Em que lhe incomodada)? <input type="checkbox"/> físico <input type="checkbox"/> emocional <input type="checkbox"/> imagem <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> Condições socioeconômica <input type="checkbox"/> ruim <input type="checkbox"/> médio <input type="checkbox"/> bom O que sabe sobre origem ferida/tratamento? Suportes buscados/disponíveis em necessidade (pessoas, instituições, recursos)? _____ <input type="checkbox"/> Fuma Score escala Fagerstrom (*): _____ <input type="checkbox"/> Bebe Score escala AS16(**): _____ Qual sua perspectiva em relação à ferida, tratamento e reabilitação? Impacto afetivo? _____																																												
SELETOR (compara as situações e valores para desenvolvimento de objetivos/planos) Biológico: Como avalia sua condição de saúde e capacidade para atender suas necessidades de se cuidar? Quais expectativas e necessidades que considera que tem ou terá? Psicossocial: O que prefere para alimentar-se, vestir-se, distrair-se e ocupar o tempo? (Avaliar enfrentamento/ aceitação/apoio da família ou grupo de convívio ao tratamento: Comunicação, socialização e disposição com familiar) Espiritual: Quais suas necessidades, habilidades e capacidade para prover o autocuidado. Em que acredita e em que alicerça sua vida, seus momentos de facilidade ou dificuldade para superá-lo ou aproveitá-lo? (Acredita em que tipo de tratamento para a ferida? Acredita em rituais e práticas alternativas adicionais/exclusivos para tratar a ferida. Crenças e/ou pessoas significativas)		Verso EFETOR (comportamentos relevantes para a situação) Biológico: Como avalia a possibilidade de modificar hábitos de nutrição, eliminação, socialização? Tipos alimentos e uso de suplementos: Via Nutricional: <input type="checkbox"/> autocuidado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Estomia Tipo: Eliminações: <input type="checkbox"/> autocuidado <input type="checkbox"/> incontinência <input type="checkbox"/> cateter <input type="checkbox"/> espontâneo <input type="checkbox"/> acessórios (fralda, cateter) Afrições: IMC: _____ cintura abdominal: _____ Adesão às recomendações de tratamento: <input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Alta Adaptação hábitos/estilo de vida favoráveis ao tratamento: Score escala nutricional MAN(**): Nível de dependência: <table border="1"> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Alim</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Loc</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mov</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hig</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Forç</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>mus</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	Alim						Loc						Mov						Hig						Forç						mus					
	1	2	3	4	5																																							
Alim																																												
Loc																																												
Mov																																												
Hig																																												
Forç																																												
mus																																												
Psicossocial: Como são seus hábitos de alimentação, vestuário, distração? Consegue realizar autocuidado para higiene, alimentação e troca de curativos? Espiritual: Participa de algum ritual religioso. Costume/tradição em relação à ferida?		Informações adicionais																																										

O impresso para o histórico de enfermagem foi formatado em frente e verso: a frente inicia-se com caracterização do paciente e formas de contato (telefone próprio e familiar e endereço). Posteriormente, segue-se pelo componente efeto, subsistema biológico, que contém perguntas norteadoras que visam captar o que o indivíduo com ferida conhece a respeito de sua lesão e de seu estado de saúde geral. Há também parâmetros de mensuração de conhecimento do enfermeiro, tais como: doenças prévias, medicações em uso, cacifo, pulsos, saturação de oxigênio, dados circulatórios, escalas de dor e risco para desenvolvimento de outras lesões e exames laboratoriais recentes.

Ainda no subsistema biológico, há uma figura de um indivíduo em posição anatômica frontal e dorsal para marcação da posição em que a(s) lesão(ões) se apresenta(m) bem como espaços para descrição de cada lesão. Para nortear esse preenchimento acrescentou-se legenda para classificação da ação do enfermeiro em relação àquela lesão (acompanhada, cicatrizada, iniciado tratamento, área de risco, solicitação de parecer) e tópicos que conduzem a uma completa classificação/caracterização da ferida.

Em seguida, o subsistema psicossocial, com questões que auxiliam na investigação de como é para o indivíduo ter uma ferida e quais seus impactos físicos, emocionais e sociais. Também foram contemplados neste subsistema quais as pessoas significativas e/ou os serviços de apoio aos quais, o indivíduo em consulta, usualmente recorre. Ainda no subsistema psicossocial, há a investigação dos comportamentos de risco como: etilismo e tabagismo. Estes comportamentos, no impresso proposto, possuem espaços para score de escalas validadas previamente que quantificam a dependência de nicotina e álcool^{20,21}.

Fechando o componente detector segue o subsistema espiritual, com interrogações que visam captar as perspectivas do indivíduo em relação a sua lesão, tratamento e reabilitação e o impacto afetivo e valorativo desta reabilitação.

O componente detector representa o quanto o indivíduo conhece de seu processo saúde doença e qual a sua necessidade de saúde percebida. Um cuidado de enfermagem, segundo Artinian, deve ser planejado seguindo o desejo do indivíduo, não devendo ser imposto pelo profissional enfermeiro^{13,14}. As necessidades de saúde

não explicitadas na fala do indivíduo em consulta devem ser abordadas conforme a modalidade de educação em saúde para que então se tornem desejo de tratamento do mesmo³.

É característica da ferida crônica o longo período de tratamento, pois são feridas relacionadas a doenças de bases de difícil estabilização, dando a esse tipo de lesão a peculiaridade de serem refratárias^{2,4}. Por acompanharem as pessoas por longo período da vida, as feridas podem ser vistas como um fator compensatório para o indivíduo que a possui, possibilitando barganhas para a conquista de apoio e atenção da família e de pessoas significativas^{4,19}.

É comum criar-se uma dependência, do indivíduo em tratamento, com o enfermeiro ou a própria rotina diária ou semanal de consultas, sendo algumas vezes a única forma de interação social deste indivíduo⁴. Daí a importância de avaliação dos três subsistemas que compõem o indivíduo, segundo Artinian. Pode ser necessária uma abordagem psicológica e ocupacional ou encaminhamento a um profissional especializado, para que a cicatrização da ferida não represente uma ameaça às questões psicossociais do indivíduo em tratamento^{4,18,19}.

No impresso de histórico de enfermagem (Figura 1) estão os componentes: seletor e efetor. Inicia-se com o seletor, também dividido nos subsistemas biológico, psicossocial e espiritual. O impresso traz perguntas que norteiam a investigação do enfermeiro em relação aos três subsistemas, que se apresentam nesta ordem: avaliação da condição de saúde e capacidade de atender às próprias necessidades (para biológico); enfrentamento, aceitação, socialização e apoio familiar (para psicossocial) e qual tipo de tratamento acredita ser o melhor para a ferida, se possui práticas/rituais prévios em relação ao tratamento da ferida e se o indivíduo ou pessoa significativa possui crenças relativas à ferida (para espiritual).

O componente efetor também foi dividido em subsistemas. O biológico ficou configurado com perguntas sobre a possibilidade de mudanças de comportamentos biológicos, fisiológicos e sociais que teriam impactos no tratamento da ferida. Possui ainda parâmetros de mensuração realizados pelo enfermeiro em relação às vias de alimentação, vias de eliminação,

nível de dependência e valores como índice de massa corporal, escala de nutrição (validada previamente²²) e circunferência abdominal.

No subsistema psicossocial encontram-se questões capazes de captar as possibilidades de mudanças dos hábitos de distração, socialização e nível de (in)dependência para atividades da vida diária e troca de curativos. Há um campo a ser preenchido pela própria percepção do enfermeiro para o nível de adesão ao tratamento. No subsistema espiritual questiona-se se o indivíduo possui algum comportamento ou prática em relação à ferida.

O tratamento de feridas é uma prática milenar e que vem crescendo tecnologicamente, acompanhando o desenvolvimento científico das práticas profissionais e a necessidade do mercado atual. A abordagem segundo Artinian é capaz de auxiliar o enfermeiro a identificar e valorizar o conhecimento prévio que o indivíduo com ferida possui em relação a sua lesão, respeitando os comportamentos, práticas e rituais que possuem valor para o indivíduo e família, porém orientando quanto aos possíveis riscos que os mesmos podem oferecer e encorajando a manutenção do tratamento especializado paralelo⁵.

O uso da teoria de Artinian vai de encontro às práticas de saúde em que as intervenções terapêuticas são definidas apenas pelos profissionais e que resultam em baixa adesão de tratamentos e dificuldades em se estabelecer relação de confiança entre enfermeiro e indivíduo em tratamento^{1,4}. Para Artinian as necessidades de saúde devem partir do indivíduo que buscou o tratamento, e o plano de cuidados ser dialogado e decidido mutuamente¹⁴.

Nos impressos que contemplam os diagnósticos de enfermagem (Figura 2), também dispostos em frente e verso, apresentam-se 30 diagnósticos, segundo a NANDA I, todos enumerados sequencialmente na coluna à esquerda, sendo 18 reais, 8 risco e 4 de promoção de saúde. Cada diagnóstico aparece identificado com sua página, título, fatores relacionados/de risco e/ou suas características definidoras dispostas com a opção de serem marcadas, caracterizando a realidade de cada pessoa e garantindo a individualidade da consulta.

Figura 2 - Lista de diagnósticos de Enfermagem para abordagem de pessoas com feridas, segundo taxonomia NNN

 LISTA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ABORDANDO PORTADOR DE FERIDAS <small>LEGENDA: I= Diagnóstico Identificado A=Diagnóstico Acompanhado R= Diagnóstico Resolvido</small>		Data →				
Nome:		Ambulatório <input type="checkbox"/>	Domicílio <input type="checkbox"/>			
		Legenda →				
1	Comportamento de saúde propenso a risco (p.215) relacionado a <input type="checkbox"/> Tabagismo Caracterizado por: <input type="checkbox"/> Não consegue agir de forma a prevenir problemas de saúde.					
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (p.233) relacionado a <input type="checkbox"/> Fatores econômicos <input type="checkbox"/> fatores psicológicos Caracterizado por <input type="checkbox"/> Falta de informação <input type="checkbox"/> Falta de interesse na comida <input type="checkbox"/> relato de ingestão inadequada de alimentos, menor que a PDR					
3	Disposição para nutrição melhorada (p.234) caracterizado por <input type="checkbox"/> Alimentar-se regularmente <input type="checkbox"/> consome alimentos adequados <input type="checkbox"/> consome líquidos adequados <input type="checkbox"/> expressa conhecimento sobre escolhas alimentares saudáveis <input type="checkbox"/> Expressa desejo de melhorar a nutrição					
4	Risco de glicemia instável (p.237) fatores de risco <input type="checkbox"/> conhecimento deficiente <input type="checkbox"/> Falta de adesão ao controle da diabetes					
5	Eliminação urinária prejudicada (p.251) relacionado a <input type="checkbox"/> Dano sensorio-motor <input type="checkbox"/> múltiplas causas Caracterizado por <input type="checkbox"/> incontinência <input type="checkbox"/> nocturia <input type="checkbox"/> urgência urinária					
6	Incontinência intestinal (p.264) relacionado a <input type="checkbox"/> Cognição prejudicada <input type="checkbox"/> diminuição geral do tônus muscular <input type="checkbox"/> Lesão em nervo motor inferior/superior <input type="checkbox"/> Lesões colorretais <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Perda do controle do esfíncter anal Caracterizado por <input type="checkbox"/> Autorrelato incapacidade de sentir o preenchimento retal <input type="checkbox"/> Incapacidade de reconhecer a urgência pra evacuar					
7	Insônia (p.273) relacionado a: <input type="checkbox"/> ansiedade; <input type="checkbox"/> Desconforto físico (ex. dor) Caracterizado por <input type="checkbox"/> relato de falta de energia <input type="checkbox"/> relato dificuldade para adormecer <input type="checkbox"/> relato dificuldade permanecer dormindo <input type="checkbox"/> relato dificuldade concentração					
8	Mobilidade física prejudicada (p.283) relacionado a <input type="checkbox"/> Controle muscular diminuído <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> desuso <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> prejuízo cognitivo Caracterizado por <input type="checkbox"/> amplitude limitada de movimentos <input type="checkbox"/> dificuldade para virar-se <input type="checkbox"/> movimentos lentos <input type="checkbox"/> mudanças na marcha <input type="checkbox"/> tremor induzido pelo movimento					
9	Mobilidade no leito prejudicada (p.284) relacionado a: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Força muscular insuficiente <input type="checkbox"/> Limitações ambientais <input type="checkbox"/> Prejuízo neuromuscular <input type="checkbox"/> Caracterizado por <input type="checkbox"/> Capacidade prejudicada de reposicionar-se na cama <input type="checkbox"/> Capacidade prejudicada para virar-se de um lado para o outro					
10	Risco de síndrome do desuso (p.285) fatores de risco: <input type="checkbox"/> Dor intensa <input type="checkbox"/> Imobilização prescrita <input type="checkbox"/> Nível de consciência alterado <input type="checkbox"/> Paralisia					
11	Risco de intolerância à atividade (p.293) fatores de risco <input type="checkbox"/> presença de problemas circulatórios					
12	Perfusão tissular periférica ineficaz (p.300) relacionado a: <input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente dos fatores agravantes <input type="checkbox"/> Diabetes melito <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Tabagismo Caracterizado por: <input type="checkbox"/> A cor não volta à perna quando esta é baixada <input type="checkbox"/> Característica da pele alterada <input type="checkbox"/> Cicatrização ferida periférica retardada <input type="checkbox"/> claudicação <input type="checkbox"/> Dor em extremidade <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> índice Tornozelo-braquial <0,90 <input type="checkbox"/> mudança pressão sanguínea nas extremidade <input type="checkbox"/> Parestesia <input type="checkbox"/> Pulsos ausentes <input type="checkbox"/> Pulsos diminuídos <input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar >3					
13	Disposição para melhora do autocuidado (p.307) caracterizado por: <input type="checkbox"/> relata desejo de aumentar independência na manutenção da saúde/vida/bem-estar <input type="checkbox"/> relata desejo de aumentar o autocuidado					
14	Conhecimento deficiente (p.329) relacionado a <input type="checkbox"/> falta de exposição <input type="checkbox"/> falta de interesse em aprender <input type="checkbox"/> limitação cognitiva Caracterizado por <input type="checkbox"/> comportamento impróprios <input type="checkbox"/> seguimento inadequado de instruções <input type="checkbox"/> verbalização do problema					
15	Disposição para conhecimento melhorado (p.330) caracterizado por <input type="checkbox"/> comportamentos congruentes com o conhecimento sobre o tópico <input type="checkbox"/> expressa interesse em aprender					
Verso						
16	Risco de solidão (p.345) fatores de risco <input type="checkbox"/> isolamento físico <input type="checkbox"/> isolamento social					
17	Baixa autoestima situacional (p.350) relacionado a <input type="checkbox"/> distúrbios na imagem corporal <input type="checkbox"/> prejuízo funcional caracterizado por <input type="checkbox"/> relato de desamparo <input type="checkbox"/> relato de sentimento de inutilidade <input type="checkbox"/> verbalização autonegativas					
18	Risco de baixa autoestima situacional (p.351) fatores de risco <input type="checkbox"/> distúrbio na imagem corporal <input type="checkbox"/> Prejuízo funcional					
19	Distúrbio na imagem corporal (p.352) relacionado a <input type="checkbox"/> Lesão caracterizado por <input type="checkbox"/> Esconder de forma de forma intencional ou não intencional, o próprio corpo <input type="checkbox"/> Expor intencionalmente de forma demasiada parte do corpo <input type="checkbox"/> despersonalização de uma parte por meio de pronomes impessoais <input type="checkbox"/> foco na aparência do passado <input type="checkbox"/> medo da reação dos outros					
20	Interação social prejudicada (p.379) relacionado a <input type="checkbox"/> ausência de pessoas significativas <input type="checkbox"/> distúrbio no autoconceito <input type="checkbox"/> mobilidade física limitada					
21	Padrão de sexualidade ineficaz (p.389) relacionado a <input type="checkbox"/> Déficit de conhecimento/habilidade sobre respostas alternativas a transições relacionadas à saúde, unção ou estrutura corporal alterada, doença ou tratamento caracterizado por <input type="checkbox"/> relato de dificuldades nos comportamentos sexuais <input type="checkbox"/> relato de limitações nas atividades sexuais					
22	Enfrentamento familiar comprometido (p.414) relacionado a <input type="checkbox"/> Pouco apoio oferecido em troca pelo cliente à pessoa significativa caracterizado por <input type="checkbox"/> Pessoa significante afasta-se do cliente <input type="checkbox"/> pessoa significante demonstra comportamento protetor desproporcional à necessidade de autonomia do cliente					
23	Enfrentamento ineficaz (p.418) relacionado a <input type="checkbox"/> crise situacional <input type="checkbox"/> distúrbio no padrão de alívio da tensão caracterizado por <input type="checkbox"/> comportamento destrutivo em relação a si mesmo <input type="checkbox"/> falta de comportamento direcionado a resolução de problemas <input type="checkbox"/> relato de incapacidade de enfrentamento					
24	Disposição para enfrentamento melhorado (p.419) caracterizado por <input type="checkbox"/> define estressores como admiráveis <input type="checkbox"/> procura conhecer novas estratégias <input type="checkbox"/> procura suporte social <input type="checkbox"/> utiliza grande variedade de estratégias voltadas ao problema					
25	Integridade da pele prejudicada (p.494) relacionado a <input type="checkbox"/> Circulação prejudicada <input type="checkbox"/> Estado metabólico prejudicado <input type="checkbox"/> Estado nutricional desequilibrado <input type="checkbox"/> Proeminências ósseas <input type="checkbox"/> sensações prejudicadas <input type="checkbox"/> Pele úmida <input type="checkbox"/> Umidade <input type="checkbox"/> Imobilização caracterizado por: <input type="checkbox"/> Destruição de camadas da pele <input type="checkbox"/> Rompimento da superfície da pele					
26	Risco de quedas (p.505) fatores de risco <input type="checkbox"/> ambientais <input type="checkbox"/> cognitivos <input type="checkbox"/> idade acima de 65 anos <input type="checkbox"/> uso de dispositivos auxiliares <input type="checkbox"/> fisiológicos					
27	Risco de resposta alérgica (p.533) fatores de risco <input type="checkbox"/> medicamentos <input type="checkbox"/> picada de inseto					
28	Risco de resposta alérgica ao látex (p.537) fatores de risco <input type="checkbox"/> alergia à frutas tropicais <input type="checkbox"/> histórias de alergia					
29	Dor aguda (p.548) relacionada a: <input type="checkbox"/> agentes lesivos caracterizado por <input type="checkbox"/> expressão facial/gestos protetores <input type="checkbox"/> relato verbal/codificado <input type="checkbox"/> relato verbal					
30	Dor crônica (p.549) relacionada a: <input type="checkbox"/> incapacidade física crônica <input type="checkbox"/> incapacidade psicossocial crônica Caracterizado por: <input type="checkbox"/> relato verbal/codificado <input type="checkbox"/> expressão facial/gestos protetores;					
Assinatura e Carimbo:						

Como o instrumento não foi validado na prática clínica, ofereceu-se espaço para que novos diagnósticos sejam acrescidos, caso necessário, a fim de garantir a individualidade do tratamento. No cabeçalho encontram-se a identificação do indivíduo e a legenda que define os códigos "I" para diagnóstico identificado, "A" para diagnóstico acompanhado e "R" para diagnóstico resolvido que serão alocados nas colunas à direita, sendo cada coluna destinada a um novo dia de consulta.

Os diagnósticos de enfermagem da NANDA I são uma forma de padronizar a linguagem dos problemas de enfermagem identificados, permitem a manutenção da

individualidade do tratamento e estão alinhados com as intervenções de enfermagem listadas na NIC^{15,16}.

As intervenções de enfermagem, segundo a NIC, estão alocadas junto às avaliações dos resultados esperados, segundo NOC (Figura 3). Optou-se por essa formatação visto a facilidade para avaliar os resultados de acordo com as intervenções que foram realizadas, otimizando tempo e espaço. As intervenções totalizam o número de 51 e estão dispostas na coluna à esquerda, os resultados estão em total de 37 e alocados à direita, cada um precedido por uma escala likert de cinco pontos. Há espaços após as listas para acréscimos de outros itens e aprazamento das intervenções.

CONCLUSÕES

A aproximação da teoria de Artinian da temática “a abordagem ao indivíduo com ferida” contemplou as diversas dimensões do cuidado aos quais o enfermeiro deve ater-se durante tratamento de lesões de pele. A investigação do conhecimento do indivíduo em relação ao seu processo saúde-doença, a valorização de suas crenças, valores, motivações e formas de adaptação aos desafios do ambiente, bem como o planejamento conjunto das intervenções terapêuticas visando à elevação do *score* SSOC são exemplos que reafirmam a consonância que há entre a teoria e a temática.

Os três impressos criados (histórico de enfermagem, lista de diagnósticos de enfermagem, lista de intervenções e de avaliação dos resultados esperados) estão alinhados às taxonomias NNN e são capazes de operacionalizar o processo de enfermagem junto ao indivíduo com lesão de pele, seja em ambiente ambulatorial

ou no próprio domicílio. Os impressos garantem respaldo legal ao enfermeiro especialista que trabalha vinculado a alguma instituição de saúde e também àquele que trabalha de forma autônoma.

O uso de referenciais teórico-filosóficos na prática clínica representa uma forma de sanar a carência de consciência reflexiva por parte dos profissionais. O conhecimento teórico tem o papel de conduzir o desenvolvimento da prática em enfermagem com responsabilidade científica e ética.

A construção destes impressos representa uma possibilidade de operacionalizar o processo de enfermagem alicerçado a uma teoria de Enfermagem, neste caso a de Artinian, para o cuidado individualizado do portador de feridas. Assim, sugere-se a validação do instrumento na prática clínica, para que sejam garantidas sua aplicabilidade, confiabilidade e validade.

REFERÊNCIAS

1. Fuzaro MDMM, Bernardes RM, Chayamiti EM, Caliri MHL. Evidência e investigação em feridas: contributos para uma prática clínica avançada. *Rev Estima*. 2012; 10(3):12-21.
2. Isaac C, de Ladeira PRS, do Rêgo FMP, Aldunate JCB, Ferreira MC. Processo de cura das feridas: cicatrização fisiológica. *Rev Med*. 2010; 89(3):125-31.
3. Silva KL, Sena RR, Grillo MJC, Horta NdC. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010; 14(1):368-76.
4. Santos ICRV, Oliveira Souza MA, Andrade LNV, Lopes MP, Barros MFA, Santiago RT. Caracterização do atendimento de pacientes com feridas na Atenção Primária. *Rev Rene*. 2014;15(4): 613-20.
5. Silva RS, Matos LSL, Araújo EEC, Nascimento Paixão GP, Costa LEL, Pereira Á. Práticas populares em saúde: autocuidado com feridas de usuários de plantas medicinais. *Rev Enf UERJ*. 2014;22(3):389-95.
6. Yamada BA, Ferrola EC, Azevedo GR, Blanes L, Rogenski NM, Santos VLCC. Competências do enfermeiro estomaterapeuta Ti SOBEST ou o enfermeiro estomaterapeuta. *Rev Estima*. 2008; 6(1):33-43.
7. Dantas DV, Torres GdV, Dantas RAN. Assistência aos portadores de feridas: caracterização dos protocolos existentes no Brasil. *Ciênc. Cuid. Saúde*. 2012;10(2):366-72.
8. Ferreira AM, Bogamil DDD, Tormena PC. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. *Arq Ciênc Saúde*. 2008; 15(3):105-9.
9. Brasil. Resolução 358, de Outubro de 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, out 2009.
10. Ferreira GC, Arreguy-Sena C, Alves Mds, Salimena AMO. Captação de órgãos e o binômio familiares/corpo: instrumentos para subsidiar a abordagem do enfermeiro. *Rev Rene*. 2013; 14(2):405-16.
11. Krempser P, Arreguy-Sena C, Silva MA, Alvarenga-Martins N. Estratégia para a prática de ensino clínico na graduação de enfermagem: cuidado de pessoas no procedimento endoscópico. *Anais do XI Congresso Nacional de Educação e II Seminário Internacional de Representações Sociais*; 2013 set 5- 9; Curitiba, Brasil.
12. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Enferm*. 2009 jan-mar; 13(1):188-93.
13. Melanie M, Evelyn W. Bases Teóricas para Enfermagem. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
14. Artinian BM, West KS, Conger MM. The Artinian intersystem model. New York: Spring Publishing Company; 2011.
15. NANDA Internacional (NANDA I). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre; 2012.
16. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J. NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
17. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. NOC: Classificação dos resultados de enfermagem. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
18. Vieira CZ, Oliveira B, Renauld BG, Cavalcanti Valente GS. Education and autonomy of nurses in the prevention and treatment of wounds. *J Res Fundam Care*. 2013; 5(4):706-15.
19. Evangelista DG, Magalhães ERM, Moretão DIC, Stival MM, Lima LR. Impacto das feridas crônicas na qualidade de vida de usuários da estratégia de saúde da família. *Rev Enferm Cent O. Min*. 2012; 2(2): 254-63.
20. Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Rev Bras Med*. 2002; 59(1/2):73-80.
21. Kessler F, Cacciola J, Faller S, Souza-Formigoni ML, Cruz M, Brasileiro S et al. Adaptação transcultural multicêntrica da sexta versão da escala de gravidade de dependência (ASI6) para o Brasil. *Rev Psiquiat RS*. 2007; 29(3):336-43.
22. Galego BV, Sehnem RC, Novello D, dos Santos EF. Mini avaliação nutricional (MAN) e índice de massa corporal (IMC) e sua associação com hipertensão arterial em idosos fisicamente ativos. *Uniciências*. 2014; 17(1):11-5.

Recebido em: 10/03/2015

Aceito em: 25/05/2015

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: PERFIL ASSISTENCIAL DE UMA MATERNIDADE ESCOLA DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

OBSTETRICAL VIOLENCE: PROFILE ASSISTANCE OF A STATE OF SÃO PAULO INTERIOR MATERNITY SCHOOL

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: PERFIL ASISTENCIAL DE UNA MATERNIDAD ESCUELA DEL INTERIOR DEL ESTADO DE SÃO PAULO

Terezinha Soares Biscegli*, Jamile Martins Grio**, Livia Costa Melles**, Stella Regina Mastrangi Ignácio Ribeiro**, Ricardo Alessandro Teixeira Gonsaga***

Resumo

Introdução: A violência obstétrica compreende situações diversas como violência física, sexual, psicológica e moral, e acarreta perdas significativas na saúde e qualidade de vida dos envolvidos. **Objetivos:** Verificar a prevalência de violência obstétrica (VO) na Maternidade de um hospital escola e descrever as características do atendimento. **Material e Método:** Estudo transversal, descritivo realizado através da aplicação de questionário presencial, respondido por 172 puérperas, maiores de 18 anos de idade, que pariram no Hospital Padre Albino, de Catanduva-SP, entre setembro e novembro/2014. As variáveis analisadas foram: idade, cor, estado civil, primiparidade, tipo de parto, conduta desrespeitosa, repreensão, falha no esclarecimento de dúvidas, procedimentos obstétricos sem autorização/esclarecimentos, proibição de acompanhante, contato com o bebê e emoções pós-parto. Os resultados foram expressos em número e porcentagem. **Resultados:** 172 puérperas participaram da pesquisa (67,2% das admitidas). Das participantes, 90,7% tinham 18-35 anos de idade, 51,2% eram pardas, 46,5% amasiadas/união estável, 32,6% primíparas e 39,5% tiveram parto normal. A VO foi relatada por 27,9% das participantes. As formas mais comuns foram: proibição de acompanhante (9,3%), falhas no esclarecimento de dúvidas (16,3%) e procedimentos obstétricos sem autorização/esclarecimentos (27,3%), sendo episiotomia (25,5%), amniotomia artificial e enema (17% cada) as mais citadas. Das puérperas, 2,3% amamentaram na sala de parto e 93% tiveram contato com o filho, declarando-se felizes e realizadas. **Conclusões:** A VO acometeu aproximadamente um quarto das mulheres e predominou nas pardas, casadas, menores de 35 anos, múltiparas e cesareadas, sendo que a maior parte do contingente de violência foi representada pelos procedimentos obstétricos sem explicação/autorização. Tais constatações sugerem a necessidade de desenvolver ações de sensibilização e orientação da equipe obstétrica, através de programas de capacitação e campanhas de prevenção.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Parto humanizado. Epidemiologia. Questionários. Depressão pós-parto.

Abstract

Introduction: Obstetric violence includes quite different situations like physical, sexual, psychological and moral violence, involving as well significant losses related to health and quality of life of the victims. **Objective:** To check the prevalence of obstetric violence (OV) at the maternity of a school hospital and to describe the characteristics of care. **Material and Method:** Cross-sectional, descriptive, prospective study, carried out through the application of a face questionnaire answered by 172 mothers, older than 18, who delivered at Padre Albino Hospital, Catanduva-SP, between September and November 2014. The variants analyzed were: age, race, marital status, primiparity, delivery way, staff disrespectful conduct, reprimand, lack of doubts explanation, obstetric procedures without authorization or clarification, visits prohibition, contact with the baby and postpartum emotions. The results were expressed as number and percentage as well. **Results:** 172 mothers participated to the study (67.2% of admitted). Among them 90.7% were 18-35 years old, 51.2% were brown, 46.5% had husband or stable relationship, 32.6% were primiparous and 39.5% had normal delivery. Obstetric violence was reported by 27.9% of participants. The most common forms were: visiting prohibition (9.3%), lack of doubts explanation (16.3%) and obstetric procedures without authorization or clarification (27.3%), being episiotomy (25.5%), artificial amniotomy and enema (17% each) the most frequent. 2.3% of mothers, breastfed in the delivery room and 93% had contact with the child, declaring themselves happy and fulfilled. **Conclusions:** obstetric violence affected approximately 25% of delivering women, being more frequent among brown, married, younger than 35, multiparous and submitted to caesarian section women. The most reported form of violence was the carrying out of obstetrical procedures without explanation or authorization. These findings suggest the need to develop awareness and sensitization actions directed to the obstetric staff, through training programs and prevention campaigns.

Keywords: Violence against women. Humanizing delivery. Epidemiology. Questionnaires. Depression postpartum.

Resumen

Introducción: La violencia obstétrica comprende situaciones diversas como violencia física, sexual, psicológica y moral, y acarrea pérdidas significativas en la salud y calidad de vida de los envueltos. **Objetivo:** Verificar la prevalencia de la violencia obstétrica en la maternidad de un hospital escuela y describir las características de la atención. **Material y Método:** Estudio transversal, descriptivo, realizado mediante la aplicación de cuestionarios cara respondido por 172 madres, de 18 años de edad, que dieron la luz en el Hospital Padre Albino, Catanduva-SP, entre septiembre y noviembre/2014. Las variables analizadas fueron: edad, raza, estado civil, primiparidad, tipo de parto, conducta irrespetuosa, la amonestación, el no responder a las preguntas, procedimientos obstétricos sin autorización/aclaraciones, acompañar la prohibición, el contacto con el bebé y post parto emociones. Los resultados se expresaron con número y porcentaje. **Resultados:** 172 madres participaron del estudio (67,2% de admitidos). De los participantes, 90,7% eran de 18-35 años de edad, el 51,2% eran de color

* Pedeiatra, doutora em Medicina pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, professora nível I da disciplina de Puericultura e Clínica Pediátrica e coordenadora do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: terezinhabiscegli@yahoo.com.br

** Graduandos do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA).

*** Mestre em Ciências da Cirurgia pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, professor de Clínica Cirúrgica e coordenador do internato do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP, Brasil. Contato: novo02@uol.com.br

marrón, el 46,5% tienen ocios/estables, el 32,6% primíparas y 39,5% tuvieron un parto normal. La violencia reportada por obstétrica fue 27,8% de los participantes. Las formas más comunes acompañaban prohibición (9,3%), falta de esclarecimiento de dudas (16,3%) y los procedimientos obstétricos sin autorización/aclaración (27,3%), y la episiotomía (25,5%), amniotomía y el enema artificial (17% cada uno) fueron los personajes más citados. De las madres, el 2,3% amamantado en la sala de partos y la 93% tienen contacto con el niño, declarándose feliz y realizada. Conclusiones: La violencia obstétrica afectó aproximadamente una cuarta parte de las mujeres y fue predominante en marrones, casadas, y menores de 35 años, múltipara y cesareadas, y la mayor parte de la cuota de la violencia estuvo representada por los procedimientos obstétricos sin explicación/autorización. Estos hallazgos sugieren la necesidad de desarrollar actividades de sensibilización y orientación del personal de obstetricia, a través de programas de capacitación y campañas de prevención.

Palabras clave: Violencia contra la mujer. Parto humanizado. Epidemiología. Cuestionarios. Depresión postparto.

INTRODUÇÃO

O trabalho de parto, embora fisiológico, pode ser influenciado pelo estado emocional, fatores ambientais, valores culturais e pelos próprios antecedentes da parturiente. O momento do parto, que gera grandes expectativas, apesar de associado com dor intensa e sofrimento, é interpretado por algumas mulheres como o início de uma nova fase de vida, um marco diferencial, que consagra a abrangência do papel feminino¹.

Entretanto, e a despeito de toda a conotação festiva e prazerosa que envolve o momento da chegada de um novo membro à família, algumas mulheres são vítimas de violência no parto, o que pode transformar um acontecimento potencialmente gratificante numa experiência traumática, acarretando prejuízos não só para a progenitora, como também para o seu rebento e em maior escala, para toda a estrutura familiar².

O conceito internacional de violência no parto define qualquer ato ou intervenção direcionada à mulher grávida, parturiente ou puérpera, ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências³. De acordo com pesquisa da Fundação Perseu Abramo, realizada em 2010, 25% das mulheres brasileiras sofrem violência no parto, sendo as formas mais comuns a agressão através de gritos, os procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, a falta de analgesia e até a negligência dos envolvidos com a assistência da ocasião, sendo que a população mais acometida foi a de mulheres pardas (29%), com 4 ou 5 filhos (29%), habitantes da região nordeste (27%) e das capitais (30%)⁴.

De acordo com a definição de Violência Obstétrica (VO) dada pelas Leis Venezuelanas e Argentinas e transcrita no Boletim da Defensoria Pública do estado de São Paulo,

de novembro de 2013, a "violência obstétrica caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres"⁵.

A despeito das várias estratégias de órgãos nacionais e internacionais em defesa da mulher⁶⁻¹⁰, ainda há muito desrespeito e abuso por parte dos profissionais de saúde contra as mulheres na ocasião da gravidez e do parto, períodos estes em que deveriam receber assistência, apoio e proteção, com um mínimo de intervenções, apenas as estritamente necessárias¹¹.

Para que a parturiente seja bem assistida neste momento delicado de sua vida, cabe aos profissionais da saúde, sejam médicos, enfermeiros, enfermeiros obstetras ou auxiliares de enfermagem, a criação e utilização de conhecimentos científicos sistematizados e direcionados para as necessidades individuais^{9,10}. Pertinente também são melhorias em nível de entidade hospitalar, relativas à estrutura física, estrutura com pessoal capacitado e estrutura de diretrizes assistenciais, pois a falta de preparo institucional representa outro fator desencadeante da VO¹².

Considerando que em todo o território nacional os programas preventivos desse tipo de violência são escassos¹³ e que a Maternidade do Hospital Escola Padre Albino (HEPA) é um centro de referência regional, o delineamento epidemiológico pode representar um instrumento importante não só para caracterizar a população acometida como também para definir as circunstâncias nas quais essas transgressões ocorreram e assim contribuir para a prevenção desse tipo de violência.

OBJETIVOS

Diante da relevância do tema, o estudo teve por objetivos verificar a prevalência de violência obstétrica na Maternidade do HEPA, de Catanduva-SP; descrever as características do atendimento obstétrico neste setor; e por consequência, a partir da comparação com dados publicados na literatura científica contribuir para o desenvolvimento de programas de prevenção.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo transversal, descritivo, realizado através da aplicação de um questionário presencial, previamente elaborado, modificado e adaptado, baseado em revisão bibliográfica^{4,14}, composto de 12 questões sobre identificação das puérperas e dados relacionados à assistência prestada por toda a equipe obstétrica da maternidade (Quadro 1).

Quadro 1 - Questionário aplicado às puérperas que deram a luz na Maternidade do HEPA, de Catanduva-SP, no período de setembro a novembro de 2014

Pesquisa - Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade-escola do interior do estado de São Paulo			
Questões			
1. Este é seu primeiro parto?	() Sim	() Não	
2. Que tipo de parto você teve?	() Normal	() Cesárea	
3. Qual sua faixa de idade no momento do parto?	() Entre 18 e 35 anos	() Maior que 35 anos	
4. Qual seu estado civil?	() Casada	() Solteira	
	() Desquitada/Divorciada	() Amasiada/União estável	
5. Como você se considera em função da cor da sua pele?	() Branca	() Parda	() Negra
6. Durante a internação, algum profissional de saúde agiu de forma desrespeitosa com comentários irônicos, mal educados ou em tom de piada?		() Sim*	() Não
7. Você foi repreendida por chorar ou gritar de dor, emoção, alegria ou ansiedade durante o trabalho de parto ou parto?		() Sim*	() Não
8. Os profissionais que a atenderam responderam suas dúvidas e medos sobre o parto?		() Sim	() Não*
9. Foram realizados os seguintes procedimentos obstétricos sem que tenham pedido sua permissão ou explicado porque eram necessários?	Tricotomia (raspagem pelos púbicos)	() Sim*	() Não
	Enema (lavagem intestinal)	() Sim*	() Não
	Proibição de ingerir alimentos ou bebidas (Jejum)	() Sim*	() Não
	Indicação de permanecer deitada o tempo todo (Decúbito)	() Sim*	() Não
	Ruptura artificial bolsa (Amniotomia)	() Sim*	() Não
	Administração de Medicamentos para "acelerar" o parto	() Sim*	() Não
	Toques vaginais reiterados e realizados por diferentes pessoas	() Sim*	() Não
	Compressão do abdome no momento dos puxos (Manobra de Kristeller)	() Sim*	() Não
	Episiotomia (corte do períneo)	() Sim*	() Não
Cesárea	() Sim*	() Não	
10. Você foi impedida de ser acompanhada por uma pessoa familiar de sua escolha em algum momento durante sua internação?		() Sim*	() Não
11. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros) você:	() Somente olhou o bebê	() Teve apenas contato físico com o bebê	() Amamentação foi permitida na sala de parto
12. Depois do parto, ainda no hospital, como você se sentiu?	() Feliz e realizada pela chegada do bebê	() Feliz porque o bebê estava bem	
	() Desprotegida	() Com medo	

* Respostas relacionadas com o conceito de violência obstétrica

O questionário foi respondido por 172 puérperas, maiores de 18 anos de idade, que deram a luz na Maternidade do HEPA, da cidade de Catanduva-SP, no período de setembro a novembro de 2014, através de convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS). A coleta dos dados, que demorava em média 20 minutos, foi realizada pelos acadêmicos pesquisadores, especialmente treinados para este fim.

A abordagem das entrevistadas era feita de forma individual e anônima, após esclarecimento e autorização através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram incluídas no estudo as puérperas que estavam aptas física e emocionalmente a conversarem com os entrevistadores. Foram excluídas da pesquisa 84 puérperas devido a: menor idade, não concordância em participar da entrevista, indisposição no momento ou recusa a assinar o TCLE.

As variáveis analisadas foram: idade, cor da pele, estado civil, primiparidade, tipo de parto, conduta desrespeitosa*, repreensão*, falha no esclarecimento de dúvidas*, procedimentos obstétricos sem autorização ou esclarecimentos*, proibição de acompanhante*, contato com o bebê e emoções pós-parto. Os itens assinalados com (*) avaliam a assistência obstétrica prestada à paciente e estão relacionadas ao conceito de VO.

Os dados coletados foram armazenados em planilha do *Microsoft Office Excel*. Os resultados foram expressos em número e porcentagem.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/FIPA sob o parecer nº 475.834 e CAAE nº 24726713.8.0000.5430.

RESULTADOS

As 172 participantes da pesquisa representaram 67,2% do universo das 256 parturientes admitidas na maternidade no período considerado.

A análise da faixa etária mostrou que 156 (90,7%) puérperas tinham entre 18 e 35 anos de idade e 16 (9,3%) estavam acima de 35. Consideraram-se de cor parda 88 (51,2%) participantes, de cor branca 68 (39,5%) e de cor negra 16 (9,3%).

Sobre o estado civil das entrevistadas, os resultados apontaram que 80 (46,5%) eram amasiadas ou tinham união estável, 64 (37,2%) eram casadas, 24

(14%) solteiras, e apenas 4 (2,3%) delas atestaram-se desquitadas ou divorciadas.

O tipo de parto foi normal em 104 (39,5%) casos e 56 (32,6%) mulheres acusaram ter sido seu primeiro trabalho de parto.

A Tabela 1 mostra a distribuição das respostas das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe obstétrica da maternidade relativa à: conduta desrespeitosa, repreensão, esclarecimento de dúvidas e permissão para acompanhante.

Tabela 1 - Distribuição das respostas relativas à assistência prestada pela equipe obstétrica da maternidade às 172 parturientes que deram a luz na Maternidade do HEPA, de Catanduva-SP, no período de setembro a novembro de 2014

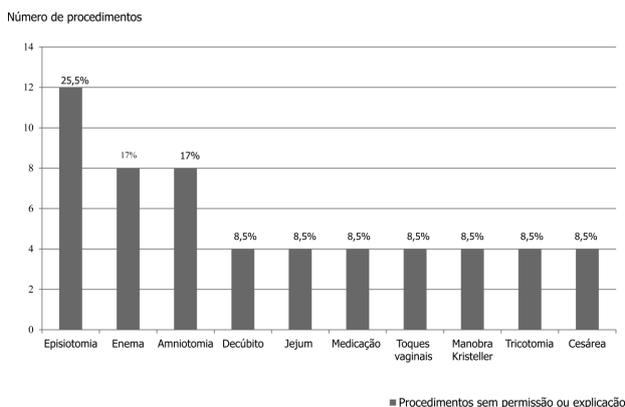
	Sim N (%)	Não N (%)
Conduta desrespeitosa	4* (2,3)	168 (97,7)
Repreensão	4* (2,3)	168 (97,7)
Esclarecimento de dúvidas	144 (83,7)	28* (16,3)
Proibição de acompanhante	16* (9,3)	156 (90,7)

N = número de participantes

* Relacionadas à violência obstétrica

O Gráfico 1 apresenta o número de procedimentos realizados pela equipe obstétrica sem esclarecimentos ou sem autorização, relatados por 47 (27,3%) participantes.

Gráfico 1 - Distribuição das respostas relativas aos procedimentos realizados pela equipe obstétrica sem esclarecimentos ou sem autorização das parturientes que deram a luz na Maternidade do HEPA, de Catanduva-SP, no período de setembro a novembro de 2014



As respostas da Tabela 1 e Gráfico 1, relacionadas com o conceito de VO, evidenciam que a violência obstétrica foi relatada por 48 (27,9%) participantes, caracterizada por uma ou mais das cinco variáveis consideradas.

A análise concomitante das variáveis da Tabela 1 e Gráfico 1 e do perfil demográfico das participantes mostrou que a VO foi prevalente nas mulheres pardas

(45,5%), casadas (62,5%), com menos de 35 anos de idade (46,2%), múltiparas (51,7%) e que foram submetidas ao parto cesárea (50%).

Sobre o pós-parto imediato, ainda na sala de parto, 160 (93%) participantes revelaram que lhes foi permitido apenas contato físico com o filho, 8 (4,7%) testemunharam terem apenas fitado o recém-nascido e apenas 4 (2,3%) delas asseguraram terem tido oportunidade de amamentar seu bebê.

A Tabela 2 apresenta a distribuição das respostas das puérperas relativas às emoções advindas da chegada do bebê.

Tabela 2 - Distribuição das respostas das 172 puérperas que deram a luz na Maternidade do HEPA, de Catanduva-SP, no período de setembro a novembro de 2014, relativas às emoções advindas da chegada do bebê

	N (%)
Feliz e realizada	160 (93,0)
Feliz porque o bebê estava bem	8 (4,7)
Com medo	4 (2,3)
Desprotegida	0

N = número de participantes

DISCUSSÃO

A Maternidade do HEPA, referência de atendimento em gestação de alto risco na região noroeste do estado de São Paulo, recebe pacientes de uma microrregião composta de 18 municípios e realizou cerca de 1.756 partos em 2014, assistidos por equipe multiprofissional. Em área independente das demais unidades do hospital, a Maternidade conta com Centro Obstétrico, Berçário e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal anexa à sua estrutura. O setor obstétrico dispõe de 35 leitos (a maioria de atendimento ao SUS); salas de cirurgia, parto e recuperação; posto de enfermagem; vestiário; expurgo; além de modernos equipamentos de Cardiotocografia, Ultrassonografia e Detector Fetal.

Em 2004 a Fundação Padre Albino, mantenedora do HEPA, criou o "Grupo de Trabalho de Humanização"¹⁵ que auxilia no fortalecimento do diálogo entre os profissionais e mantém um compromisso com o cliente para uma atenção cada vez mais acolhedora, resolutiva e humana. De lá para cá, as equipes de trabalho vêm sendo treinadas para prestar um atendimento humanizado, mas até o presente momento não existem dados estatísticos sobre VO, uma das justificativas do atual trabalho.

A análise dos dados coletados pelos pesquisadores do presente estudo mostrou que a maioria

das entrevistadas estava na faixa etária de 18 a 35 anos (90,7%), não era primípara (67,4%), teve parto cesárea (60,5%), definiu-se de cor parda (51,2%) e era amasiada ou tinha uma união estável (46,5%). Pesquisa de opinião realizada em março de 2012, sobre violência obstétrica, respondida de forma voluntária por aproximadamente duas mil mulheres, evidenciou que 85% das entrevistadas tinham entre 20 e 35 anos de idade, 74% eram brancas e 82% referiam-se à experiência do nascimento de um primeiro filho¹⁴. Outra pesquisa que teve como objetivo analisar a assistência pré-natal oferecida por uma Casa de Parto do Rio de Janeiro, no período de maio a setembro de 2005, através de questionário aplicado logo após o nascimento do bebê, revelou que 50% das participantes eram solteiras com menos de 19 anos e 71,4% disseram-se primíparas¹⁶.

No Brasil, 98% dos partos acontecem em unidades de saúde. Em geral, é melhor que o bebê nasça em hospital, maternidade ou unidade mista. Caso a condição da gestante não seja de risco, ela pode ser assistida até em uma Casa de Parto. Infelizmente, quase a metade dos partos brasileiros é do tipo cesárea. Recente relatório global do UNICEF mostrou que a taxa de cesárea no Brasil é a maior do mundo, de 44%. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que apenas 15% dos partos necessitariam ser operatórios. Na maioria dos casos, o parto normal é a maneira mais segura e saudável de ter filhos e, por isso, deve ser estimulado por meio de uma assistência humanizada, segura e de qualidade^{10,17}. Contrariando as expectativas da OMS, apenas 39,5% das mulheres desta investigação declararam terem tido seus bebês através de parto normal. Outras pesquisas confirmam os baixos índices de parto normal no Brasil (48%)¹⁴, chegando até 27%, nas pacientes de maior nível de escolaridade¹⁸.

Embora a assistência humanizada à mulher faça parte de programa do Ministério da Saúde desde 2006, ainda se observa despreparo, negligência e imperícia na prática de profissionais da obstetrícia, sejam médicos, enfermeiros, enfermeiros obstetras ou auxiliares de enfermagem, levando a inúmeras violências obstétricas vivenciadas e presenciadas em suas rotinas de trabalho¹⁹.

No presente estudo a violência obstétrica foi relatada por 27,9% das participantes, caracterizada por uma ou mais das cinco variáveis pré-definidas no

instrumento de coleta de dados. De maneira semelhante, Müller e colaboradores, em estudo realizado no Centro Obstétrico da Maternidade de um Hospital Universitário de Santa Catarina, em novembro de 2012, através de entrevistas com puérperas, demonstraram ocorrência de violência obstétrica em 30% dos casos²⁰.

Analisando as formas mais comuns de VO, a pesquisa atual observou a ocorrência de conduta desrespeitosa e repreensão em 2,3% dos casos, falha no esclarecimento de dúvidas em 16,3%, proibição para acompanhante em 9,3% e procedimentos obstétricos sem autorização ou esclarecimentos em 27,3%, dos quais a maior queixa foi sobre episiotomia (25,5%), seguida de amniotomia artificial e enema (17% cada) e, em menor quantidade, tricotomia, jejum, decúbito, medicação estimulante, toques constantes, manobra de Kristeller e cesárea sem justificativa (8,5% cada um).

A Pesquisa Nascer no Brasil²¹, baseada em um inquérito de 23.894 mulheres sobre parto e nascimento em maternidades públicas, privadas e mistas de 266 hospitais de médio e grande porte, de capitais e cidades do interior de 191 municípios, nos anos de 2011 e 2012, também evidenciou, de forma ainda mais marcante que a pesquisa em foco, que os procedimentos relacionados ao trabalho de parto e nascimento do bebê estão cada vez mais violentos, com números elevados e crescentes de uso de medicação estimulante (36,4%), episiotomias (53,5%), manobras mecânicas para acelerar o nascimento (36,1%), cesarianas sem justificativa (52%), restrição ao leito (55,7%), jejum (74,8%), enema (91,7%) e amniotomia artificial (39,1%). Esses procedimentos, quando utilizados sem indicação clínica, causam dor e sofrimentos desnecessários e não são indicados pela OMS como procedimentos de rotina. A investigação antes descrita mostrou ainda que embora 75% das mulheres tenham tido um acompanhante em algum momento do parto, apenas 18,7% se beneficiaram da presença contínua de acompanhante durante todo o período de internação, conforme direitos legais⁸.

Em estudo de Venturi e colaboradores⁴, bastante citado na área, conduzido por meio de entrevistas com 2.365 mulheres de 25 estados da federação, 9% das participantes sofreram maltrato no atendimento da maternidade, sendo que as formas mais citadas de violência foram o toque vaginal de forma dolorosa (10%), negação de algum tipo de alívio para a dor (10%), gritos

(9%), xingamentos ou humilhações (9%) e falta de informação sobre os procedimentos a serem realizados (7%). No mesmo estudo, 23% das respondentes ouviram despropósitos durante o parto, tais como: "não chora que no ano que vem você está aqui de novo"; "na hora de fazer não chorou/não chamou a mamãe, por que está chorando agora?"; "Se gritar eu paro agora o que estou fazendo" e "Se ficar gritando vai fazer mal pro seu nenê, ele vai nascer surdo".

Silva e colaboradores¹⁹ em um recente relato de experiência própria na atuação em diversas instituições de saúde de São Paulo-SP, por um período que variou de 5 a 36 anos de formação técnica e 36 anos de atuação profissional (1977 a 2013), descreveram que as formas mais comuns de violência obstétrica vivenciadas foram as verbalizações violentas dos profissionais de saúde às pacientes, procedimentos desnecessários e/ou iatrogênicos realizados pelos profissionais da área e o despreparo institucional com ambientes desestruturados.

Quanto às características do atendimento obstétrico da Maternidade do HEPA relativas ao bebê, a análise das respostas mostrou que imediatamente após o nascimento, ainda na sala de parto, praticamente todas as participantes (93%) tiveram contato físico com o filho, mas que apenas 2,3% delas tiveram oportunidade de amamentar seu bebê. As questões relacionadas aos sentimentos da puérpera pela chegada do bebê mostraram que a maioria das mães (93%) declarou-se feliz e realizada com todo o processo que envolveu o parto e puerpério, 4,7% atestaram estarem felizes porque a criança estava saudável, e apenas 2,3% confessaram-se temerosas. Pesquisa já citada anteriormente¹⁴ registrou que 52% das mulheres referiram não terem tido contato físico com o bebê logo após o parto (apenas fitaram o filho), 18% colocaram os bebês para mamar no pós-parto imediato, 9% disseram terem sido impedidas de contato com o bebê mesmo tendo desejado fazê-lo, 47% sentiram-se felizes e realizadas por todo o evento de chegada do bebê, 36% felizes apenas porque o bebê estava bem e 43% sentiram-se seguras e confiantes em razão dos cuidados recebidos.

Considerando os levantamentos estatísticos citados, bem como os resultados do presente estudo, fica claro que embora há vários anos existam leis e políticas de saúde que garantem os direitos da mulher⁶⁻¹¹, infelizmente ainda se observam transgressões que caracterizam a VO.

Os hospitais nacionais precisam se adequar aos direitos humanos das mulheres em seu ciclo gravídico puerperal, relegando as estruturas tradicionais e ultrapassadas ao passado e promovendo ambientes mais favoráveis à atuação holística dos profissionais, garantindo, assim, assistência digna à mulher e seu recém-nascido¹². Uma boa alternativa para esta melhoria é a construção de Centros de Partos Normais, pois seus históricos de atuação têm os melhores resultados perinatais para partos normais, fisiológicos e de risco eventual²².

Vale ressaltar que todos os envolvidos com o processo de parto, sejam médicos, enfermeiros, auxiliares, bem como a própria paciente, devem se conscientizar de que dar à luz a uma criança não é simplesmente “retirar o bebê de dentro da barriga da mãe”, e sim um procedimento humanizado, que envolve não só fatores fisiológicos como também emocionais. Os profissionais da saúde têm o dever de assegurar e assistir mãe e filho, promovendo melhor qualidade ao parto e permitindo que a mãe, protagonista do evento, esteja segura e preparada para o nascimento^{2,10}.

CONCLUSÃO

Desta forma, o presente estudo permitiu concluir que embora o HEPA adote um protocolo de

atendimento humanizado, aproximadamente um quarto das parturientes admitidas na maternidade sofreram violência obstétrica, que predominou nas mulheres pardas, casadas, com menos de 35 anos, múltiplas e submetidas à cesárea, sendo que a maior parte do contingente da violência detectada foi representada pelos procedimentos obstétricos sem explicação ou autorização da paciente. Os resultados, semelhantes aos descritos em literatura específica, auxiliaram no conhecimento epidemiológico da população atendida pela maternidade do HEPA, de Catanduva-SP e demonstram a necessidade de desenvolver ações de sensibilização e orientação de toda a equipe obstétrica, por meio de programas de capacitação e campanhas de prevenção. Não fossem apenas os prejuízos biopsicossociais decorrentes da violência praticada contra a mulher durante o período relacionado ao parto, quando se consideram os aspectos éticos da questão, a repercussão do tema torna-se mais relevante, pois a maior parte das transgressões poderia ser prevenida, melhorando a qualidade de vida das mulheres e o conceito da instituição perante a comunidade. Neste processo, a administração hospitalar, enquanto responsável pela atuação dos profissionais da área, deveria representar um papel importante na promoção e prevenção da violência no parto.

REFERÊNCIAS

1. Gallo RBS, Santana LS, Marcollin AC, Ferreira CHJ, Duarte A, Quintana SM. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Femina*. 2011; 39(1):41-8.
2. Bruggemann OM. Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização. In: Oliveira ME, Zampieri MFM, Bruggemann OM. *A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento*. Florianópolis (SC): Cidade Futura; 2001. p. 23-36.
3. EBC. Notícias. Colaborativo. Uma em cada quatro mulheres sofre violência no parto. [Internet]. [acesso em 2014 dez 27]. Disponível em: <http://www.ebc.com.br/noticias/colaborativo/2013/03/uma-em-cada-quatro-mulheres-sofre-violencia-no-parto>
4. Venturi W, Bokany V, Dias G, Alba D, Rosas W, Figueiredo N. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado. Fundação Perseu Abramo e SESC 2010 [Internet]. [acesso em 2014 dez 27]. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf> e http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_org_br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf
5. Escola da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa de Direitos da Mulher. Violência obstétrica: você sabe o que é? [Internet]. [citado 2014 dez 29]. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. [acesso em 2014 dez 20]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
7. Brasil. Lei n. 10.778/2003 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. [Internet]. [acesso em 2014 dez 29]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm
8. Brasil. Lei n. 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial, Brasília*, 07 de abril de 2005. [acesso em 2014 dez 19]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm
9. Brasil. Ministério da Saúde. Manual prático para implementação da rede cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
10. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Guia dos direitos da gestante e do bebê. [Internet]. São Paulo: Globo; 2011. [acesso em 2014 dez 19]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf
11. World Health Organization (WHO). More midwives needed to improve maternal and newborn survival. *Bull World Health Organ*. 2013; 91:804-5.
12. Riesco MLG, Oliveira SMJV, Bonadio IS, Schneck CA, Silva FMB, Diniz CSG, et al. Centros de parto no Brasil: revisão da produção científica. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(Esp2):1297-302.
13. Associação Artemis. Princípios e finalidades. [acesso em 2014 dez 30]. Disponível em: <http://artemis.org.br/institucional/principios-e-finalidades/>

14. Franzon ACA, Sena LM. Teste de violência obstétrica. Violência obstétrica é violência contra a mulher. Maio de 2012. [acesso em 2015 jan 08]. Disponível em: http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulga%C3%A7%C3%A3o-dos-resultados_-Apresenta%C3%A7%C3%A3o_Diagramada_Vers%C3%A3o-final.pdf
15. Faculdades Integradas Padre Albino. Curso de Medicina. Informações. Hospital Padre Albino. [Internet]. [acesso em 2015 jan 08]. Disponível em: <http://www.fundacaopadrealbino.org.br/hpa/index.php?pg=humanizacao>
16. Seibert SL, Gomes ML, Vargens OMC. Assistência Pré-Natal da Casa de Parto do Rio de Janeiro: a visão de suas usuárias. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008 dez; 12(4):758-64.
17. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação mundial da infância 2011. [Internet]. [acesso em 2015 jan 08]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf
18. Diniz SG, Chacham A. Dossiê humanização do parto. São Paulo: Rede Feminista de Saúde; 2002. [acesso em 2015 jan 08]. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/dossies-da-rede-feminista/015.pdf>
19. Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. Rev Rene. 2014; 15(4):720-8.
20. Müller J, Collaço VS, Santos EKA. O significado para as puérperas do suporte profissional no processo parturitivo. Rev Científica CENSUPEG. 2013; 2:78-88.
21. Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil. Inquérito nacional sobre parto e nascimento. Sumário Executivo Temático da Pesquisa. 2014. [Internet]. [acesso em 2015 jan 8]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/29584>
22. Basile ALO, Pinheiro MSB, Miyashita NT. Centro de parto normal intra-hospitalar. São Caetano do Sul: Yendis; 2010.

Recebido em: 06/02/2015

Aceito em: 20/03/2015

CUIDADOS PALIATIVOS, DIAGNÓSTICOS E TERMINALIDADE: INDICAÇÃO E INÍCIO DO PROCESSO DE PALIAÇÃO¹

HOSPICE CARE, DIAGNOSTIC AND TERMINALLY: INDICATION AND PROCESS START PALLIATION

CUIDADOS PALIATIVOS, DIAGNÓSTICOS Y TERMINALIDAD: INDICACIÓN Y COMIENZO DEL PALIACIÓN PROCESO

Ligia Adriana Rodrigues*, Cristiane Ligeiro**, Michele da Silva**

Resumo

Introdução: Cuidados Paliativos são definidos como uma abordagem ou tratamento para melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida. Consideram o controle da dor e de todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual; constituem-se parte integrante da prática em saúde, independente da doença ou do estágio de evolução, e são indicados para pacientes sem possibilidade de cura. **Objetivos:** Identificar, no cotidiano hospitalar, em que momento efetivamente se inicia o processo de palição; apreender aspectos referentes ao cuidado. **Material e Método:** Pesquisa qualitativa e exploratória, baseada em entrevistas com profissionais de uma equipe de cuidados paliativos de um hospital no interior de São Paulo. **Resultados:** A intervenção em cuidados paliativos nem sempre é recomendada no momento do diagnóstico da doença, visto que a maioria dos profissionais médicos, responsáveis pelo tratamento, buscam a cura de forma sistemática, prolongando a vida orgânica do paciente. A falta de informação entre os profissionais da área da saúde sobre o que são Cuidados Paliativos e sua importância, mediante o modelo de ensino ainda proposto, organicista e curativo, promove quase sempre uma indicação tardia desse tratamento. **Conclusão:** É necessário promover os Cuidados Paliativos e conscientizar a população de sua importância na qualidade de vida de pessoas que convivem com doenças crônicas, bem como intensificar o trabalho formativo junto às diferentes equipes e especialidades em saúde. É fundamental investir na interdisciplinaridade e implantar novas formas de cuidado que contemplem o ser humano na sua integralidade.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Qualidade de vida. Cuidados paliativos na terminalidade da vida.

Abstract

Introduction: The palliative care is defined as an approach or treatment to improve the quality of life of patients and families facing diseases that threaten the continuity of life. Consider the control of pain and all the symptoms of physical, social, emotional and spiritual; constitute an integral part of public health practice, regardless of the disease or stage of evolution, and are indicated for patients with no chance of cure. **Objectives:** To identify within the hospital routine, actually, when starts the palliative treatment process; understanding the aspects of treatment. **Material and Method:** Qualitative and exploratory research, based on interviews with professionals from a palliative care team in a hospital within São Paulo. **Results:** An intervention in palliative care at diagnosis of the disease is not always recommended, insofar that most medical professionals, responsible for treatment, seeking healing in a systematic way, prolonging the organic life of the patient. The lack of information among health professionals about what is palliative care and its importance by teaching model also proposed, organicist and healing, promotes almost always a late indication of treatment. **Conclusion:** This study points to the need to promote palliative care and raise awareness of its importance in the quality of life of people living with chronic diseases and enhance the educational work among the different teams and specialties in health. It is essential to invest in interdisciplinary and deploy new forms of care that address the human being in its entirety.

Keywords: Palliative care. Quality of life. Hospice care.

Resumen

Introducción: Los Cuidados Paliativos se definen como un enfoque o tratamiento para mejorar la calidad de vida de los pacientes y las familias que enfrentan enfermedades que amenazan la continuidad de la vida. Considerar el control del dolor y los síntomas de la naturaleza físicas, sociales, emocionales y salud espiritual; constituyen una parte integral de la práctica de salud pública, independientemente de la enfermedad o de la etapa de la evolución, y están indicados para pacientes sin posibilidad de curación. **Objetivos:** Identificar, en la rutina del hospital, a qué hora comienza efectivamente el proceso de paliación; comprender los aspectos relativos a la atención. **Material y Método:** La investigación cualitativa y exploratoria, basada en entrevistas con profesionales de un equipo de cuidados paliativos en un hospital de Sao Paulo. **Resultados:** Una intervención en los cuidados paliativos en el diagnóstico de la enfermedad no siempre es recomendado, teniendo en cuenta que la mayoría de los profesionales de la medicina, responsables por el tratamiento, hacen la búsqueda de la curación de una manera sistemática, promoviendo la prolongación de la vida orgánica de este paciente. La falta de información entre profesionales de la salud sobre qué paliativos cuidados y su importancia, por todavía se propone el modelo de enseñanza y organización curativa, promueve casi siempre una última indicación que el tratamiento. **Conclusión:** Es necesario promover los cuidados paliativos y aumentar la conciencia de su importancia en la calidad de vida de las personas que viven con enfermedades crónicas y mejorar la labor educativa entre los diferentes equipos y especialidades en salud. Es esencial invertir en interdisciplinaria e implementar nuevas formas de atención que se ocupan del ser humano en su totalidad.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Calidad de vida. Cuidados paliativos al final de la vida.

¹ Trabalho realizado no curso de Psicologia do Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva (IMES-Catanduva).

* Psicóloga pela UNESP-Assis, Mestre em Educação pela UFSCar, docente no curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: ligia_ligia2@hotmail.com

** Psicólogas, graduadas pelo Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva (IMES-Catanduva).

INTRODUÇÃO

O Cuidado Paliativo se confunde historicamente com o termo *hospice*, nome dado a abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes. Inúmeras instituições de caridade foram criadas na Europa no século XVII, abrigando pobres, órfãos e doentes. Em 1982, o Comitê de Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho responsável por definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo *hospice* que fossem recomendados em todos os países para pacientes com câncer¹.

O termo Cuidados Paliativos passou a ser adotado pela OMS devido à dificuldade de tradução adequada do termo *hospice* em alguns idiomas. A OMS publicou a primeira definição de Cuidados Paliativos em 1990, definindo-o como o cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura e considerando o controle da dor e de outros sintomas, bem como problemas psicossociais e espirituais primordiais¹. Palição é toda medida que resulte em alívio de sofrimento de um doente e sua ação abrange qualquer ação terapêutica sem intenção curativa, que vise diminuir, em ambiente hospitalar ou domiciliar, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do paciente. É considerada parte integrante da prática do profissional de saúde, independente da doença ou de seu estágio de evolução².

No Brasil, iniciativas isoladas e discussões a respeito dos Cuidados Paliativos são encontradas desde a década de setenta, no século passado, contudo, apenas cerca de vinte anos depois começaram a aparecer os primeiros serviços organizados, sendo que atendimentos a pacientes fora da possibilidade de cura acontecem desde 1986. A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), fundada em 2005, avançou a regularização profissional do paliativista brasileiro, estabelecendo critérios de qualidade para seus serviços e realizou definições precisas sobre sua concepção e possibilidades de atuação. Em 2009, pela primeira vez na história da Medicina no Brasil, o Conselho Federal de Medicina incluiu, em seu novo Código de Ética Médica, os Cuidados Paliativos como princípio fundamental³.

Oliveira² afirma que a negação da morte e a consciência dela são características do ser humano e este, mesmo certo de sua finitude, não sabe conviver com ela. O fato do ser humano ter que lidar com a morte pode gerar sentimentos negativos como impotência, ansiedade,

fracasso, omissão, recusa, tristeza, pena, frustração, revolta, depressão, angústia e desgaste emocional. Em situações que indicam a proximidade da morte, raramente o sujeito se depara com sentimentos positivos como de carinho, conforto, acolhimento e ajuda. É direito dos pacientes considerados "terminais" terem conhecimento daquilo que envolve sua doença, assim como compartilharem com a família seus últimos momentos. Essa afirmação envolve questões éticas importantes, uma vez que a partir do momento em que se constata a impossibilidade de cura, o objetivo desse tipo de cuidado é a qualidade de vida, seja no alívio de sintomas, inclusive da dor, ou na melhora de sua capacidade funcional.

Em 2002, a OMS definiu os Cuidados Paliativos como uma abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida, sendo necessário avaliar e controlar de forma impecável não somente a dor, mas todos os sintomas que envolvam o físico, o social, o emocional e o espiritual. O tratamento em Cuidados Paliativos deve reunir as habilidades de uma equipe multiprofissional para ajudar o paciente a adaptar-se às mudanças de vida impostas pela doença e promover a reflexão necessária para o enfrentamento desta condição de ameaça à vida para pacientes e familiares. A OMS estabeleceu um modelo de intervenção em Cuidados Paliativos no qual as ações paliativas têm início já no momento do diagnóstico e o cuidado paliativo se desenvolve de forma conjunta com as terapêuticas capazes de modificar o curso da doença³.

À medida que a doença progride e o tratamento curativo perde o poder de oferecer um controle razoável da mesma, os Cuidados Paliativos crescem em significado, surgindo como uma necessidade absoluta na fase em que a incurabilidade se torna uma realidade. Na fase final da vida, entendida como aquela em que o processo de morte se desencadeia de forma irreversível e o prognóstico de vida pode ser definido em dias ou semanas, a palição se torna imprescindível e complexa o suficiente para demandar uma atenção específica e contínua ao doente e à sua família, prevenindo uma morte caótica e com grande sofrimento. Entretanto, poucas vezes a cura é uma verdade estabelecida e, desta forma, aguardar que um paciente se torne "fora de possibilidades de cura" implicaria em duas situações: ou todo doente deveria

estar em Cuidados Paliativos, ou só se poderia encaminhar para Cuidados Paliativos o doente em suas últimas horas de vida. Esta segunda situação, a mais comum, implica em outro equívoco: pensar que os cuidados paliativos se resumem apenas aos cuidados dispensados à fase final da vida, quando “não há mais nada a fazer”².

Várias pesquisas afirmam que a maior demanda em Cuidados Paliativos é dos pacientes oncológicos. No entanto, de acordo com suas regulamentações, os cuidados paliativos não estão só indicados para os pacientes com câncer, esse tratamento pode ajudar qualquer pessoa com qualquer doença sem possibilidade de cura. Várias doenças degenerativas se encaixam, como a esclerose múltipla, a esclerose lateral amiotrófica e outras doenças neurológicas progressivas, os pacientes com bronquite crônica (doença pulmonar obstrutiva crônica) que são dependentes de oxigênio, os quadros de demências (independente da doença de base), os pneumatas crônicos com quadro de hipoxemia grave, pacientes com insuficiência cardíaca terminal sem indicação de transplante e pacientes com HIV positivo e outras⁴.

Davison⁵, nos resultados de sua pesquisa com pacientes com doença renal crônica, relata que os participantes tiveram pouco conhecimento de opções de cuidados paliativos em sua trajetória da doença, sendo que estes poderiam ser indicados e de grande valia.

Considerando as ideias aqui expostas e as determinações das especificidades dos Cuidados Paliativos em relação a quadros de doenças e formas de atendimento, como também sua importância para doentes e famílias, a presente pesquisa visou compreender, no cotidiano hospitalar, em que momento efetivamente se inicia o processo de palição, se diante dos diagnósticos apontados ou apenas no momento em que se define a “terminalidade” da vida.

O trabalho se justifica pela própria relevância das medidas paliativas na qualidade de vida dos pacientes e no fortalecimento da atuação dos profissionais de saúde que atuam em hospitais e outros locais de cuidados a doentes acometidos com moléstias crônicas e/ou consideradas sem possibilidade de cura.

OBJETIVOS

Identificar, no cotidiano hospitalar, em que momento efetivamente se inicia o processo de palição; apreender aspectos referentes ao cuidado paliativo.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo qualitativo, com metodologia aberta e exploratória. O estudo qualitativo é rico em dados descritivos e se desenvolve numa situação natural. Possui um plano aberto e flexível que foca a realidade de forma complexa e contextualizada⁶.

O estudo foi desenvolvido em um hospital do interior de São Paulo. A coleta dos dados ocorreu no próprio hospital, com a finalidade de permitir maior conforto, privacidade e condições éticas aos entrevistados, que proporcionou espaço físico para o trabalho, recursos técnicos e pessoas para levantamento das informações necessárias. O estudo atendeu às normas éticas para pesquisa envolvendo seres humanos e foi aprovado por um comitê de ética sob número de CAAE 21089513.0.0000.5430.

A coleta foi realizada por meio de entrevistas, com perguntas abertas e disparadoras; as entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas de forma integral e fiel. Não foram utilizadas outras fontes de pesquisa e os materiais coletados se beneficiaram das regras de sigilo e confiabilidade. Posteriormente, os relatos passaram por análise qualitativa, com método fenomenológico, sendo referendados com bibliografia pertinente à Psicologia, especialmente no que se refere à Psicologia Hospitalar e Institucional, e fontes de áreas de estudos afins. A amostra foi constituída pelos profissionais de saúde atuantes na equipe de Cuidados Paliativos do referido hospital, sem critérios de exclusão para gênero, idade e etnia. Para definir a amostra foi considerado o tipo de pesquisa em questão e a particularidade do estudo, bem como a constituição da equipe do referido hospital.

Os sujeitos de pesquisa foram contatados somente após concordância estabelecida no Termo de Compromisso Livre e Esclarecido, segundo consta a Resolução CNS 196/96. O universo da amostra constituiu-se de sete profissionais, com as seguintes atribuições: psicólogo, assistente social, enfermeira, médica, nutricionista, fisioterapeuta e fonoaudióloga.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados foram distribuídos em temas, de acordo com o método fenomenológico de análise, temas estes eleitos a partir dos discursos apresentados pelos

profissionais entrevistados. Inicialmente, foram levantadas diversas questões, evidenciadas de forma espontânea nos relatos e, em seguida, de forma criteriosa, estas foram divididas em tópicos referentes aos assuntos observados com maior destaque pelas pesquisadoras, sendo estes: a atuação em cuidados paliativos e a singularidade do profissional da área; a indicação para cuidados paliativos no cotidiano hospitalar e a importância em conhecer e compreender o trabalho em Cuidados Paliativos. Os temas e sua discussão serão apresentados na sequência, elucidados com trechos das falas dos participantes, que serão identificados com abreviações relativas às iniciais de suas funções, mantendo, dessa forma, o sigilo ético e a confiabilidade do estudo em questão.

A atuação em cuidados paliativos e a singularidade do profissional da área

Os Cuidados Paliativos são definidos como uma atenção individualizada e contínua a pessoas e suas famílias com doenças sem possibilidade de cura, caracterizadas por sintomas multifatoriais com grande impacto emocional, espiritual e social que requerem maior atenção, tendo como objetivo a qualidade de vida e o conforto a esse enfermo e seus familiares³. Os entrevistados complementam a definição descrita a partir de suas práticas:

A gente está ali para realmente cuidar dos sintomas e não da doença em si e a gente não aplica medidas invasivas de tratamento porque elas não são benéficas, né, o paciente não vai ter benefício mais naquelas medidas (M). É controlar e tratar os sintomas e a gente consegue dar o melhor conforto para o paciente possível, que a gente tem dentro das possibilidades. É fazer com que ele fique bem confortável, tenha realmente qualidade de vida. Cada indivíduo é de um jeito e tem que ser tratado individualmente (EF). O serviço social busca fazer um histórico do paciente, elaborando uma avaliação socioeconômica, cultural, como que essa família é. Então a gente busca identificar o cuidador principal, levando em conta o histórico familiar (A).

Agir na relação com o doente de acordo com os princípios dos Cuidados Paliativos, que envolvem o cuidado integral, o trabalho com a família e a promoção da autonomia e da dignidade, implica na construção dos objetivos terapêuticos em conjunto com o doente, numa relação honesta e franca e com continuidade do cuidar, sem considerar a ideia de que não há nada mais a fazer;

e na criação de um ambiente no qual haja respeito, apoio e comunicação ao redor do paciente de forma a contribuir para o controle dos sintomas. A prática com os doentes é uma relação humanizada, de um olhar único para o indivíduo e não apenas a doença apresentada⁷.

Estão vendo ele, não apenas a doença; como se sentem, o que podemos fazer por eles hoje. Então a conversa é diferente, é uma abordagem totalmente diferente (EF).

De maneira geral, o trabalho da equipe de Cuidados Paliativos se inicia quando o médico do setor que está indicando o serviço explica ao paciente a situação em que se encontra. Antes do primeiro contato, o caso é estudado pela equipe de cuidados paliativos que se reúne para identificar qual a possível necessidade ou dificuldades que eles poderão encontrar em relação ao paciente e seus familiares⁸.

A gente recebe os pareceres, a partir dos pareceres a equipe analisa e a gente faz a visita no leito desses pacientes (A).

Basicamente é assim, são atendimentos individuais com os pacientes, com o acompanhante e em alguns momentos a gente promove uma união com a família, né, principalmente para orientar, para tirar dúvidas, para esclarecer em relação aos nossos objetivos de atendimento (P).

A equipe que está com o paciente que determinou que aquela doença terminal não tem mais cura, solicita a avaliação da equipe de cuidados paliativos (N).

Cuidados Paliativos não é uma fase da doença terminal, mas uma atitude que inclui medidas terapêuticas desde o diagnóstico ao óbito, buscando sempre o alívio da dor e do sofrimento de sintomas provocados pela doença como uma postura de acolhimento do profissional⁹.

Então a gente, a equipe de paliativo, está ali para apoiar o paciente nessa situação e geralmente em outros lugares eles estariam ali sozinhos (F).

É preciso superar a dimensão autoritária e paternalista que ocorre nas relações entre médico e paciente, caminhando no sentido da autonomia do paciente, diante do avanço do processo terapêutico. Estar doente gera uma dependência do outro em compartilhar emoções e afeto da equipe médica, familiares e amigos, mas isso não diminui a autonomia de uma pessoa doente. Então, deve-se reconhecer que ambos os sujeitos têm

espaço e voz no processo, respeitando-se diferenças de valores, expectativas e objetivos entre eles¹⁰.

Ele falou que não aguenta mais, né, "eu quero garantir o jeito que eu estou porque vai que eu pioro, né, vai que eu, do jeito que eu estou, vai que eu faço mais uma biópsia e eu paro de conversar, paro de me alimentar, né". Então ele precisa de informação clara da equipe que ele está. [...] Para ele poder tomar a decisão do que ele quer agora, se ele quer garantir a qualidade de vida ou se ele vai continuar lutando contra a doença (P).
Aí a gente explica o que a gente faz e o que a gente não faz, e isso que acaba assustando um pouco né, porque a família tem muito aquela questão de "tenho que fazer tudo, tem que fazer tudo pelo meu pai? Tem que entubar? Tem que massagear?" E a gente chega e fala "se parar é porque era hora de parar, a gente não vai massagear, a gente não vai entubar, não vai levar para a UTI", então essa que é a questão mais complicada [...] (FO).

É importante admitir que no momento em que se esgotaram os recursos para a cura e o paciente se encaminha para a morte, isto não significa que não há mais o que fazer. Pelo contrário, abre-se uma grande possibilidade de condutas da equipe de cuidados paliativos que oferecem a diminuição de seu desconforto e a possibilidade de situá-lo frente ao momento do fim da vida. Reconhecer seu lugar ativo, sua autonomia, suas escolhas, seus desejos, permite ao paciente chegar ao momento de morrer, vivo, não antecipando o momento desta morte a partir do abandono e isolamento¹¹.

"Calma, olha, agora não tem mais jeito, e a gente vai olhar agora o senhor de outro jeito" (como se falando com um paciente). Então, o médico tipo tem que ter esse clique, "olha, chegou!", sabe? E o médico, infelizmente, as nossas médicas mesmo, eles são preparados e eles estudam para tratar e curar até o fim. Só que quando é esse fim? (EF).

Vivenciar a morte sem ninguém ao lado, entre aparelhos, ou cercado por pessoas às quais não se pode falar de sua angústia, instaura um sofrimento difícil de ser avaliado, mas sem dúvida, importante o suficiente para ser levado em conta. Aqueles que ficam, por outro lado, têm que se haver com a solidão, a culpabilidade e a incômoda sensação de não ter feito tudo o que poderiam¹¹. Considerando esse lugar tão próximo da morte e do sofrimento, descrito como singularidade do trabalho do profissional em cuidados paliativos, cabe ressaltar a fala,

a seguir, sobre o aspecto positivo que encontra em fazer parte da equipe:

Parece que tinha tudo para ser o pior lugar do hospital, mas é um lugar acolhedor, aconchegante, todo mundo se sente bem, a equipe é boa. Então assim é muito gostoso de trabalhar com paliativo (N).

As motivações e os desejos permanentes nos membros da equipe de saúde para a escolha da profissão interferem no relacionamento com o paciente. O profissional de saúde, independente de como ocorreu a opção pela profissão, se o profissional escolheu, se foi escolhido ou se escolheram por ele, precisa assumir suas responsabilidades¹².

Eu não escolhi paliativos não, paliativos me escolheu, eu é... pela história na minha família. A família da minha mãe é uma família que tem história muito importante oncológica, então desde dez e doze anos eu convivo com diagnóstico de câncer na minha família (M).

Eu nunca pensei na minha vida trabalhar em hospital e principalmente com pacientes em estágio terminal. Assim, a gente foi aos poucos. Como era novo - eu nem sabia que eu estava ali - comecei a passar visita junto. A N. me chamou e, assim, eu fiquei encantada com o trabalho e com a equipe (FO).

Mas quando a gente entra no aprimoramento a gente coloca as áreas que a gente tem interesse, uma delas foi o paliativo. Eu tinha colocado como interesse, né, e aí acho que através da avaliação que eles fizeram, eles viram o perfil e acabaram me encaminhando para paliativos (P).

A gente é que meio que é escolhido né? Então eu acho que eu fui meio que escolhida, a princípio a gente não entende porque a gente é escolhido, mas depois a gente entende, conforme a gente vai trabalhando (EF).

Os profissionais de saúde principalmente para a área de Cuidados Paliativos precisam ser sensíveis às necessidades da população e dos pacientes, atendendo o doente com uma assistência mais humanizada, com um olhar para o indivíduo e não apenas à doença, usando uma abordagem na qual a comunicação e a bioética são conteúdos fundamentais para a área da saúde, envolvendo todo o ciclo vital do paciente, inclusive a terminalidade e a morte¹³. Em vários relatos, foi possível identificar que existe uma percepção acerca do profissional ideal para o trabalho em Cuidados Paliativos, mesmo que as características relacionadas a esse perfil não apareçam claramente.

A atuação dos profissionais como nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, médicos, entre

outros é fundamental para o tratamento em cuidados paliativos, nos aspectos éticos e psicológicos. O nível de esclarecimento, a forma de abordagem e o entrosamento dos profissionais são essenciais para o paciente e seus familiares¹⁴. Na análise dos dados coletados, alguns técnicos da equipe denotam dificuldades em sua atuação profissional específica e, segundo eles, pela singularidade de sua prática, o encaminhamento tardio prejudica de forma mais significativa o tratamento por eles realizado. Como exemplo, um relato da nutricionista:

Assim, falando um pouco só da minha experiência, eu queria que eles chegassem mais cedo, de verdade, para a gente poder já começar o tratamento antes, né! Por exemplo, para mim, o que ajudaria esse paciente vir antes, eu podia pesar medidas, parece uma coisa idiota, mas na hora que ele vem ele já está acamado, na maioria das vezes eles não são pesados [...] existe uma determinada altura estimada. Então, são detalhezinhos, e se viessem antes talvez a gente iria garantir uma qualidade de vida melhor para eles, é, acho muito importante (N).

Considerando a especialidade da área, evidencia-se que a demora no encaminhamento para a equipe dificulta o atendimento do profissional responsável pela nutrição, no que se refere às particularidades técnicas.

Em cuidado paliativo, é comum o paciente apresentar inapetência, desinteresse ou recusa por alimentos, o que pode gerar consequências em sua estrutura e fisiologia, causando fragilidade corporal. Também os tratamentos medicamentosos podem incluir efeitos colaterais que uma dieta especializada pode auxiliar. Enquanto parte da equipe, o nutricionista é um dos responsáveis por oferecer recursos e esclarecimentos aos pacientes e seus familiares e um dos profissionais que pode auxiliar na evolução favorável desse paciente. Independente de qualquer conduta dietoterápica a ser realizada, é fundamental respeitar a vontade do indivíduo. A prescrição dietética, além de fornecer o essencial do ponto de vista nutricional ao paciente, deve, acima de tudo, promover prazer e conforto¹⁴.

A indicação para cuidados paliativos no cotidiano hospitalar

Um paciente é considerado terminal quando sua doença, livre das medidas terapêuticas adotadas, indica uma evolução para a morte. A irreversibilidade

da doença é declarada pela equipe médica, de forma consensual, com base em dados objetivos e subjetivos, ou seja, é função dos médicos a indicação do paciente para cuidados paliativos. Ao ser definido este diagnóstico, os cuidados paliativos passam a ser o objetivo principal da assistência ao paciente¹⁵. Corroborando com a literatura, segundo o relato dos entrevistados, a indicação para cuidados paliativos, no cotidiano de seu trabalho, ocorre no momento em que a equipe médica responsável pelo atendimento do paciente compreende que este não tem mais possibilidade de cura, o que se pode definir como um paciente em estado de terminalidade.

O paciente, ele é inserido em cuidados paliativos mediante um parecer que a equipe cuidadora manda pra gente, então começa desde aí. [...] É através de um parecer médico, que é um documento que eles encaminham pra gente, porque fica tudo documentado, é o médico cuidador que avalia esse momento de quando está tendo resposta do tratamento ou não (EF). [...] e chegou em um momento que não tem possibilidades mais nem de conter essa doença e nem de curar. Nesse momento em que ele está internado com uma intercorrência aguda e que se faz essa avaliação e determina que não tem possibilidade mais de contenção de cura da doença (M).

Então é feita por solicitação de parecer médico mesmo, quando um médico acha que a medicina - é o que eles explicam para o paciente - que a medicina já não tem mais nenhum recurso para oferecer pro paciente. É relacionado à cura. Aí eles já pedem pra gente (FO).

Para a totalidade dos entrevistados, a doença mais comum nos casos de indicação é o câncer. O câncer é um problema de saúde pública em todos os países, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos por ano, o que representa cerca de doze por cento das mortes no mundo¹⁶. É uma doença marcada pela ideia de morte no contexto social e, apesar de todos os avanços da Medicina, alguns médicos ainda relacionam a doença com a morte e esta concepção interfere em sua conduta médica¹⁷.

Muito câncer, muito câncer, assim não sei dizer quantos por cento, mas se eu tivesse que chutar, noventa por cento é câncer (N).

[...] tem alguns que eles percebem já desde o início do tratamento oncológico que não vai ter sucesso no tratamento, não vai ter sucesso contra a doença, então eles já encaminham (P).

A gente atende todas as especialidades que tem ali, mas basicamente câncer (M).

A gente pegava, ainda, pacientes crônicos, então pegava sequela de AVC, sequela de TSE, Alzheimer avançado e agora o que está mais aparecendo é câncer, principalmente câncer de cabeça e pescoço (FO).

Geralmente é vinculado às neoplasias, mas assim, sessenta e cinco a setenta e cinco por cento dos meus pacientes são da oncologia (EF).

As enfermidades estão na parte mais oncológica, noventa por cento dos nossos pacientes hoje são oncológicos e diferenciam assim, muito câncer de pescoço (A).

No imaginário das pessoas, de modo geral, “o diagnóstico de câncer implica em uma sentença de morte”, ou seja, o seu diagnóstico é sempre associado a um prognóstico de terminalidade, o que leva a diversas reflexões sobre a condição de vida do sujeito e sobre as formas de superação de uma possibilidade real de morte⁹. Um estudo realizado sobre a efetividade de unidades de cuidados paliativos indicou benefícios para doentes oncológicos assim que diagnosticados com uma doença avançada e sempre que o prognóstico indicou não haver cura¹⁸. Assinala, dessa forma, a importância do encaminhamento abreviado desses pacientes aos cuidados paliativos e não somente após um período de tratamento médico curativo.

Eu acho que tinha que ser bem antes, assim, no momento do diagnóstico. Eu acho que esse paciente ele tinha que ser assistido por uma equipe multidisciplinar, porque não tem no hospital inteiro. Não esperar o momento crucial pra falar. Porque todo mundo pensa assim, “não tem mais nada pra fazer”, então indica (FO).

A assistência paliativa não deve ser pensada como uma alternativa diante da ineficácia do tratamento curativo, mas como um conjunto de cuidados oferecidos ao paciente desde o início de sua terapêutica, de forma a se configurar uma abordagem especializada que ajude a pessoa a viver melhor e favoreça todo e qualquer tratamento que promova sua qualidade de vida até a sua morte¹⁹. Neste sentido, é necessário que as equipes cuidadoras reconheçam os cuidados paliativos como uma necessidade ao paciente desde o seu diagnóstico e não apenas quando se começa a pensar em morte iminente²⁰. A própria definição de Cuidados Paliativos, segundo a Organização Mundial da Saúde, afirma que os mesmos são as ações ativas e integrais direcionadas a pacientes com doença progressiva e irreversível e a seus familiares¹⁵, e não se restringe à proximidade da morte.

Logo, o ideal é que o cuidado paliativo ocorra a partir do momento do diagnóstico de uma doença que cause algum risco de vida para a pessoa, na adaptação dessa nova realidade vivenciada pelo paciente e seus familiares. Devido à eficácia dos tratamentos médicos, alguns indivíduos que possuem alguma doença crônica, como por exemplo, as neoplasias (já evidenciadas), podem prolongar seu tempo de vida e, por esse motivo, os cuidados paliativos em determinadas situações tornam-se fundamentais porque colaboram com esse processo diante do paciente⁸. Esse tipo de cuidado deve se iniciar o mais cedo possível após o diagnóstico de uma doença incurável, pois a necessidade de tais cuidados aumenta conforme a doença vai progredindo e as possibilidades de cura vão se tornando ineficazes¹⁸.

Nesse momento em que ele está internado com uma intercorrência aguda é que se faz essa avaliação (M).

Eu acho que não precisa chegar tão tarde porque eu acho que... às vezes, antecipar um pouco isso, não insistir tanto - viu que não tem cura e que não vai dar para tratar (silêncio). Não mandar no último minuto para gente, mandar um pouco antes (N).

O princípio bioético da beneficência refere-se a ações realizadas em benefício de outros. Este referencial propõe enquanto prática fazer o bem e implica em que a atuação do profissional seja benéfica ao paciente. A partir desse referencial, após se encerrar o cuidado da cura da doença, deve-se, então, tratar a causa do sofrimento, sanando suas dores e confortando o paciente. O significado do princípio de não-maleficência implica em não causar dano. Dessa forma, é necessário haver compromisso ético dos profissionais de saúde para não causar sofrimento dispensável ao paciente²¹.

Tem alguns que eles percebem já desde o início do tratamento oncológico que não vai ter sucesso no tratamento, não vai ter sucesso contra a doença, então eles já encaminham (P).

A importância em conhecer e compreender o trabalho em Cuidados Paliativos

A própria caracterização dos Cuidados Paliativos, descrita pela literatura e já evidenciada em diversos pontos desse trabalho anteriormente, inclui que tal área de atuação necessita fundamentalmente da

constituição de uma equipe com diferentes profissionais. A multiprofissionalidade, entretanto, não basta para a eficácia do trabalho quando o universo a ser considerado seria o hospital como um todo. Nesse caso, é imprescindível refletir sobre o trabalho interdisciplinar. Por interdisciplinaridade entende-se uma interação entre diversas disciplinas a fim de possuírem um objetivo comum, no qual se buscam outras metodologias e formas de saber com a finalidade de construir um novo conhecimento, resultando em um enriquecimento mútuo e na transformação de conceitos e normas²².

Interdisciplinaridade é um tema muito comentado na área da saúde, nos dias atuais. No entanto, é presente uma dificuldade de seu exercício na prática, por causa da influência do modelo fragmentado de organização do trabalho, no qual cada profissional realiza sua ação sem integração com outras áreas envolvidas. Então, é preciso considerar que a realidade e as especificidades de cada trabalho em saúde, oferecido por seres humanos a outros seres humanos, ultrapassam os saberes de um único profissional²³.

É possível destacar nos relatos obtidos, a importância da relação da equipe de cuidados paliativos com outras equipes ou áreas de especialidades no hospital em questão.

Em alguns casos a gente vai fazer atendimento em conjunto quando o paciente ainda está lutando para a cura e ainda não aceita muito a ideia de desistir da cura. A gente faz em conjunto então, a equipe de cuidados paliativos vai se introduzindo gradativamente na vida do paciente, né, para ele não ter uma ruptura com a equipe que ele já conhece e perder o vínculo dessa equipe (P).

Uma pessoa sozinha não faz cuidados paliativos, seja ela qual profissional for, tá? Então, a equipe toda atenderia esse paciente e orientaria a equipe principal (de cada especialidade) com o manejo desse paciente. A gente se dispõe a atender todas as especialidades, mas indicar cuidados paliativos para as outras especialidades é um pouco mais complicado e requer um pouco mais de tato (M).

A interdisciplinaridade entre os profissionais passa a ser entendida como uma necessidade para a realização das práticas em saúde, pela troca de saberes, possibilitando diversos olhares e reconhecimento da complexidade de cada caso encontrado e o reforço da integralidade²³.

As visitas mesmo eu faço duas vezes com a equipe, com toda a equipe de segunda e de quinta-feira (N).

A minha função dentro da unidade é tentar reabilitar o máximo possível a alimentação desses pacientes, a gente trabalha com a parte de disfasia que é a dificuldade. Mas é mais isso, é visita, reunião familiar e os atendimentos no leito mesmo e o atendimento ambulatorial (FO).

O modelo de atenção à saúde demonstrado na graduação das escolas de Medicina e das outras profissões da área da saúde no Brasil se baseia em prevenção, diagnóstico, tratamento efetivo e cura de doenças. Todavia, diante de uma situação de incurabilidade, esse modelo se torna ineficaz levando à reflexão: o que fazer com o paciente quando não existe mais a probabilidade de cura?¹³ Na prática vivenciada no cotidiano hospitalar, de acordo com os relatos, o desconhecimento sobre as particularidades da palição e as dificuldades no processo de integração ou mesmo transferência entre equipes, podem surgir de diferentes formas e acontecer em configurações diversas:

A equipe cuidadora principal não tem às vezes tanto manejo como a gente tem nesses sintomas, então ela vai estar focada na cura do paciente e a gente no manejo de sintomas. Se o paciente não evoluiu bem e não tem mais cura a doença, aí a gente continua, aí a gente já tem vínculo com esse paciente e com essa família (EF).

Talvez outras equipes ainda não conheçam né? Existem também os casos que os residentes não conhecem a respeito do tratamento do setor de cuidados paliativos, então acaba não indicando (P).

Poderia acontecer mais cedo, muitas vezes, os outros companheiros de outras equipes eles encaminham muito tarde pra gente, e têm alguns que ainda não sabem o que é o paliativo, a indicação, em que momento (F).

É necessário que todos tenham informações adequadas sobre os princípios e os profissionais de cuidados paliativos porque essa é a melhor forma de transpor barreiras para o conhecimento dessa modalidade de tratamento²⁴.

Para ver o que eles entenderam a respeito de paliativos, o que eles sabem a respeito do tratamento curativo, né, como que está, se não vai ter mais probabilidade de cura... Gera muita dúvida na família, alguns entendem outros não entendem, continuam falando de tratamento curativo né, é um momento de desestrutura muito grande que desorganiza muito a família, então é importante a gente chamar, ajudar eles se ajustarem, se adaptarem com essa nova etapa do tratamento (P).

Como já citado, a formação que os médicos possuem é de caráter curativo e desde o início de seus estudos muitos são levados a acreditar que a função do médico é curar e que a morte deve ser combatida a todo custo. De certa maneira, essa visão pode prejudicar as equipes que trabalham com Cuidados Paliativos porque o médico poderá não encaminhar o paciente para esse tipo de tratamento no momento adequado, prejudicando, assim, a qualidade de vida do paciente e de seus familiares. Principalmente daqueles que não receberam o cuidado em tempo hábil, em situações em que o encaminhamento é feito quando o paciente já está próximo da morte⁸.

A dificuldade da equipe em assumir que ela também falha, que ela não consegue curar todo mundo. A gente não está aqui para salvar todo mundo, né? E isso a formação médica não contém, o médico ele é formado para curar, para salvar, ele tem esse estereótipo que ele é o salvador (P).

Verifica-se que não há uma formação acadêmica direta de Cuidados Paliativos para os profissionais da saúde. Essa escassez de cursos gera um cenário desafiador em termos de pesquisa, no qual se tem muito a fazer em termos de ensino. Tal fato evidencia que o foco do cuidar recai sobre as características fisiológicas, pela forte cultura biomédica, tendo como consequência que os aspectos relacionados à família, à ordem social, emocional e espiritual não acabam sendo percebidos como prioridade²⁵.

A própria instituição, a própria classe médica e os outros funcionários, a equipe de enfermagem, o hospital inteiro como um todo, eles não sabem o que é o serviço de cuidados paliativos, não sabem pra quem é (EF).

A gente percorre o hospital em outras unidades que a gente até percebe que tem pacientes que tem a indicação, né, mas a equipe às vezes ainda resiste ou a família, por falta de conhecimento. São as dúvidas que os profissionais ou familiares têm a respeito de cuidados paliativos mesmo, né, deveria ser uma questão que deveria ser mais divulgado (A).

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu perceber, em situações práticas relatadas, que o Cuidado Paliativo é

uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio de prevenção e do alívio do sofrimento. A meta em Cuidado Paliativo é fazer com que o paciente tenha a melhor qualidade de vida possível pela palição do sofrimento, com foco na pessoa e não mais na doença. Entretanto, nem sempre é possível uma intervenção no momento do diagnóstico da doença, como definido em seu conceito, especialmente, porque a maioria dos profissionais médicos, responsáveis pelo tratamento, buscam a cura de forma sistemática, prolongando, assim, a vida orgânica desse paciente.

A falta de informação entre os profissionais de outras áreas da saúde sobre o que são Cuidados Paliativos e sua importância, mediante o modelo de ensino ainda proposto, organicista e curativo, promove quase sempre uma indicação tardia desse tratamento. As próprias equipes de outras áreas, no contexto hospitalar, com essa prática, não favorecem a palição aos pacientes que se encontram com doenças sem possibilidade de cura, provocando uma dificuldade ao indivíduo e à família de compreender a relevância do processo paliativo. Tal atitude desfavorece o trabalho da equipe, que poderia auxiliar não só doentes e família, como também as equipes de outras áreas de atuação.

É preciso reconhecer que a sociedade ainda mantém uma concepção restrita, e mesmo ilusória, de que a classe médica contém o único profissional que detém a verdade em relação à saúde. Deve-se conscientizar a população para o trabalho de Cuidados Paliativos, como um tratamento promissor de qualidade de vida para as pessoas que convivem com doenças crônicas, e a importância desse processo como uma melhora na adaptação de vida desses pacientes e seus familiares. Fundamental também seria um trabalho formativo junto às diferentes equipes e especialidades em saúde, desde a graduação até a atuação profissional, a fim de fortalecer a interdisciplinaridade e a relevância dos cuidados Paliativos, buscando, dessa forma, garantir avanços nos atendimentos e práticas em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.
2. Oliveira RA (Coord.) Cuidado Paliativo. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), 2008. [acesso em 2013 maio 14]. Disponível em: http://www.4estacoes.com/pdf/livros_digitalizados/livro_cuidado_paliativo_crm.pdf#page=15
3. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). O que são cuidados paliativos? [acesso em 2013 mar 15]. Disponível em: <http://www.paliativo.org.br/anpc.php?p=oqueecuidados>
4. Benseñor I. Como funcionam os cuidados com pacientes terminais. [acesso em 2013 mar 26]. Disponível em: <http://saude.hsw.uol.com.br/cuidados-com-pacientes-terminais1.htm>
5. Davison SN. End-of-life care preferences and needs: perceptions of patients with chronic kidney disease. Clin J Am Soc Nephrol. [Internet]. 2010 Feb [acesso em 2014 mar 10]; 5(2):195-204. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2827591/>
6. Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. EPU: São Paulo; 2013.
7. Silva DA, Oliveira JR, Santos EA, Mendes FS. Atuação do nutricionista na melhora da qualidade de vida de idosos com câncer em cuidados paliativos. O Mundo da Saúde. [Internet]. 2009 [acesso em 2014 mar 10]; 33(3):358-64. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/69/358a364.pdf
8. Moreira LM, Ferreira RA, Costa Jr AL. Discussão de protocolo para cuidadores de pacientes com câncer em cuidados paliativos. Paidéia [Internet]. 2012 [acesso em 2013 ago 26]; 22(53):383-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v22n53/10.pdf>
9. Angerami VA. A subjetivação do câncer. In: Angerami VA, Gaspar KC. Psicologia & Câncer. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2013.
10. Soares JCRdeS, Camargo JR, Kenneth R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. Interface (Botucatu). [Internet] 2007; [acesso em 2014 nov 24]; 11(21):65-78. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-2832007000100007&script=sci_abstract&tlng=pt
11. Gutierrez Pilar L. O que é o paciente terminal? Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet] 2001 [acesso em 2013 mar 10]; 47(2):92-2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-42302001000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
12. Ortolan PE, Gaspar KC. A importância do cuidado em oncologia: considerações acerca dos profissionais de saúde; 2013 In: Angerami VA, Gaspar KC. Psicologia e Câncer. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2013.
13. Bifulco VA, Iochida LC. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. Rev Bras Educ Med. 2009; 33(1):92-100.
14. Correa PH, Shibuya E. Administração da terapia nutricional em cuidados paliativos. Rev Bras Cancerologia. [Internet]. 2007 [acesso em 2014 fev 10]; 53(3):317-23. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v03/pdf/revisao2.pdf
15. Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero JCB, et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. [Internet]. 2008 [acesso em 2013 ago 26]; 20(4):422-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0103-507X2008000400016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
16. Guerra MR, Gallo CVM, Azevedo GE, Mendonça S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. Revista Brasileira de Cancerologia. [Internet]. 2005; [acesso em 2013 nov 23]; 51(3):227-34. Disponível em: http://www.eteavare.com.br/arquivos/81_392.pdf
17. Albuquerque PDSM, Araujo, LZSde. Informação ao paciente com câncer: o olhar do oncologista. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2011 [acesso em 2014 mar 10]; 57(2):144-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302011000200010&script=sci_arttext
18. Ferreira PL, Antunes B, Pinto AB, Gomes B. Cuidados de fim de vida: Portugal no projeto europeu PRISMA. Rev Port Saúde Pub. [Internet]. 2012 [acesso em 2013 ago 26]; 30(1):62-70. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpsp/v30n1/v30n1a08.pdf>
19. Boemer MR. Sobre cuidados paliativos. Rev Esc Enferm. USP [Internet]. 2009; [acesso em 2013 mar 15]; 43(3):500-1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-2342009000300001&lang=pt
20. Barbero J, Diaz L. Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2007 [acesso em 2013 ago 26]; 30(supl. 3):71-86. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000600006&script=sci_arttext
21. Machado KDG, Pessini L, Hossne WS. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. Bioethikos. 2007; 1(1):34-42.
22. Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2003 [acesso em 2013 dez 02]; 11(4):525-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000400016&script=sci_abstract&tlng=pt
23. Porto AR, Buss Thofehr M, Coelho Amestoy S, Cardozo Gonzáles, RI, Alves Oliveira N. A essência da prática interdisciplinar no cuidado paliativo A essência da prática interdisciplinar no cuidado paliativo às pessoas com câncer. Invest Educ Enferm [Internet]. 2012 [acesso em 2013 nov 24]; 30(2):231-9. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105224306008.pdf>
24. Maciel MGS. Cuidados Paliativos: entendendo sua importância. In: Cuidado Paliativo. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 2008. [acesso em 2013 nov 24]. Disponível em: <http://www.cuidardeidosos.com.br/cuidados-paliativos-entendendo-sua-importancia>
25. Baliza MF, Bousso RS, Spinelli VMCD, Silva L, Poles K. Cuidados paliativos no domicílio: percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. Acta Paul. Enferm. [Internet]. 2012 [acesso em 2013 dez 02]; 25(spe2):13-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000900003&script=sci_arttext&tlng=pt

Enviado em: 20/04/2015

Aceito em: 17/05/2015

ORTOTANÁSIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS

ORTHOTHANASIA IN AN INTENSIVE CARE UNIT FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTH PROFESSIONALS

ORTOTANASIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DESDE LA PERSPECTIVA DEL PROFESIONAL

Fabírcia Vieira Maia*, Tamires Regina dos Santos*, Ivete Maria Ribeiro**

Resumo

Introdução: A ortotanásia pode acontecer em pacientes sem condições de obtenção de cura, sendo utilizada pelos profissionais de saúde quando houver indicação legal. **Objetivo:** Identificar a visão dos profissionais de saúde em relação à ortotanásia para pacientes terminais internados numa Unidade de Terapia Intensiva. **Material e Método:** Estudo exploratório, de abordagem qualitativa, realizado através de entrevistas com profissionais desta área. **Resultados:** As categorias analisadas demonstram que a visão destes profissionais é coerente com as encontradas na literatura sobre o tema; referem conceitos e situações que interferem na decisão em realizar a ortotanásia; definem quem toma a decisão e seus respectivos sentimentos; e mostram que pacientes terminais não devem permanecer em UTIs. **Conclusão:** É imprescindível o aprofundamento destas questões no meio acadêmico e o aprimoramento para os profissionais da área ante a complexidade que envolve a aplicação da ortotanásia.

Palavras-chave: Profissionais da saúde. Cuidados paliativos. Paciente terminal.

Abstract

Introduction: The orthothanasia can be performed in cureless patients, being used by health professionals when there is a legal statement. **Objective:** To identify the perspective of health professionals in relation to orthothanasia for hospitalized terminal patients admitted to an intensive care unit. **Material and Method:** It is an exploratory study with a qualitative approach accomplished through interviews with professionals of this area. **Results:** The categories analyzed demonstrate that the vision of these professional is consistent with the literature about this topic; concepts and situations interfering in the decision to perform it are explained; it is also defined who takes the decision and its respective feelings; and it is also demonstrated that terminal patients should not remain in the ICU. **Conclusion:** It is essential to deepen these issues in the academic area, as well as to get an improvement for professionals devoted to the area due to the complexity involving the application of orthothanasia.

Keywords: Health personnel. Palliative care. Terminally ill. Intensive care units.

Resumen

Introducción: La ortotanásia puede acontecer en pacientes sin condiciones de obtención de cura, siendo utilizada por los profesionales de la salud cuando hubier la indicación legal. **Objetivo:** Identificar la visión de los profesionales de la salud en relación a la ortotanásia para pacientes terminales internados en una Unidad de Cuidados Intensivos. **Material y Método:** Estudio exploratorio, de abordaje cualitativo, realizado a través de entrevistas con profesionales de esta área. **Resultados:** Las categorías analizadas muestran que la visión de estos profesionales es coherente con las encontradas en la literatura sobre el tema; refieren conceptos y situaciones que interfieren en la decisión en realizala; define quien toma la decisión y sus respectivos sentimientos; y muestran que pacientes terminales no deben permanecer en UTIs. **Conclusión:** Es imprescindible el profundizamiento de estas cuestiones en el medio académico y el perfeccionamiento para los profesionales de la área ante a la complejidad que implican la aplicación de la ortotanásia.

Palabras clave: Personal de salud. Cuidados paliativos. Enfermo terminal. Unidad de cuidados intensivos.

* Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina. Contato: fabivmaia@hotmail.com

** Professora do curso de Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina. Contato: ivete.ribeiro@unisul.br

INTRODUÇÃO

A ortotanásia é o termo utilizado para definir pacientes em fase terminal quando não há probabilidades de avanços da doença para a cura, em que todos os recursos se esgotaram e a única alternativa é ofertar conforto e cuidados paliativos^{1,2}. Trata-se de não-investimento de ações obstinadas, e mesmo fúteis, que visam postergar a morte de um indivíduo cuja doença de base insiste em avançar, acarretando a falência progressiva das funções vitais². Fundamenta-se em evitar o prolongamento do tratamento de doenças consideradas incuráveis e em estágio avançado, a fim de reduzir o sofrimento de pacientes e seus familiares.

A origem da palavra ortotanásia é o somatório de *orto*, que significa certo, e *thanatos*, que é igual à morte, ou seja, morte certa, que é o não prolongamento artificial da vida, mediante a utilização de algumas práticas realizadas pela equipe de saúde³.

A ortotanásia está regulamentada no Brasil pela Resolução 1805/2006, do Conselho Federal de Medicina (CFM) que auxilia os médicos quanto a decisões a serem tomadas diante da fase terminal de doenças crônicas incuráveis, autorizando limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitando a vontade do paciente ou de seu representante legal⁴.

No entanto, vive-se, ainda, principalmente no Brasil, em uma sociedade que enfrenta a morte com muitas dificuldades, considerando-se as crenças, valores, princípios de bioética entre outras questões, especialmente quando os pacientes estão em fase terminal, visto que a doença nesta fase não apresenta probabilidade de reversão. A identificação do paciente terminal na prática considera a pessoa vivenciando uma fase na qual não se evidencia a esperança de cura terapêutica. No Brasil, somam-se esforços para legalizar esta prática.

Um dos conceitos que definem Bioética, também chamada de ética da vida, é que esta é a ciência que objetiva determinar os limites, os valores e as finalidades da intervenção humana diante da vida e alertar sobre os riscos relacionados com o seu uso⁵. Portanto, imprescindível sua aplicação nas doenças consideradas incuráveis.

A evolução tecnológica e científica acontece rapidamente e o tempo de vida tem se prolongado cada

vez mais. Na mesma proporção, o processo de morrer também está sendo estendido e isto pode ser um fator a mais de sofrimento para os doentes⁶.

Os cuidados ao final da vida para pacientes internados em ambientes de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) estão bem estabelecidos em países desenvolvidos como os Estados Unidos da América, especialmente porque exigem conhecimento especializado no atendimento de pacientes em condições de finitude⁷.

A evolução do conhecimento na área do cuidado paliativo é exponencial. Por conta da natureza complexa, multidimensional e dinâmica da doença, esse tipo de cuidado avança como um modelo terapêutico que endereça olhar a proposta terapêutica aos diversos sintomas responsáveis pelo sofrimento físico, psíquico, espiritual e social, responsáveis por diminuir a qualidade de vida do paciente. É, portanto, uma área em crescimento e cujo progresso compreende estratégias diversas que englobam bioética, comunicação e natureza do sofrimento⁸.

A medicina paliativa conclama a vida, tem a filosofia de assistir, de forma global, os indivíduos em fase terminal, por reconhecer que o morrer é um processo natural do viver². O conceito de cuidados paliativos teve início em meados de 1960, na Inglaterra, por Dame Cecily Saunders que, ao fundar em Londres o *St. Christopher Hospice*, descreveu a filosofia do cuidar dos indivíduos terminais com diagnóstico de doenças incuráveis. Para Saunders, o sofrimento pelo qual o doente terminal passava era composto por quatro elementos: dor física, dor psicológica (emocional), dor social e dor espiritual. Assim, os cuidadores deveriam atuar em todas essas atmosferas no sentido de aliviar o padecimento e confortar os pacientes e seus familiares a fim de se tentar obter ganho em qualidade de vida⁹.

Dessa forma, são necessárias ações bem delineadas na assistência paliativa nos ambientes de UTIs, destacando-se entre elas: estratégias de controle de sintomas, habilidades de comunicação com o paciente/família, apoio espiritual para as famílias, apoio emocional para os médicos e educação sobre cuidados paliativos¹⁰.

Quando se opta pelo cuidado paliativo para pacientes fora das condições terapêuticas, deve-se levar em conta várias questões, dentre elas, que a família e o próprio paciente recebam informações corretas sobre as condições em que a doença se encontra, assim como, os

fatores religiosos e bioéticos devem ser considerados para melhor compreensão e entendimento da ortotanásia¹¹. Também é essencial o estímulo para mecanismos de enfrentamento e desenvolvimento da autoestima e manutenção da estabilidade emocional quando possível, bem como respeitar e estimular a religião e a espiritualidade para uma boa experiência paliativa.

Passar pelo processo de tomada de decisão nos tratamentos implica equacionar vários fatores e isso muitas vezes dificulta ou retarda a adoção da ortotanásia, o que, muitas vezes, pode levar o paciente a condições de sofrimento, principalmente quando essa decisão está na mão dos familiares. A participação da família é fundamental porque, às vezes, no momento em que verdadeiramente a ortotanásia será aplicada, o paciente nem sempre oferece condições de tomar decisões por si só. O trabalho da equipe multidisciplinar e a interdisciplinaridade no ambiente de UTIs facilita a abordagem junto aos familiares no sentido de identificar e trabalhar as dificuldades que influenciam optar ou não pela ortotanásia¹².

Ainda sobre o direito de morrer em paz, evitando excessos terapêuticos, os profissionais de saúde que lidam com a morte de pacientes em ambientes considerados críticos, não devem negar a aplicação de cuidados paliativos, considerando-se a importância da abordagem humanística. Realizar o cuidado integral resgata a dignidade do ser humano em seu processo final, bem como os princípios éticos dos direitos humanos. É mais humano não prolongar a vida desnecessariamente e promover a humanização dos cuidados no final da vida¹³. O cuidado humanizado deve compreender desde o conforto emocional até o conforto físico fundamentado no compromisso ético e profissional¹⁴.

Este estudo justifica-se por várias razões descritas a seguir, entre elas, observa-se que há um grande número de pacientes com evolução de sua doença de base para a terminalidade internados em UTIs, fato este que motivou a necessidade de conhecer a visão dos profissionais da saúde que fazem parte desta equipe.

Também porque o tema ortotanásia e cuidados paliativos nem sempre é discutido amplamente por meio da grade curricular na graduação e nem sempre observado durante a prática assistencial nos ambientes hospitalares. Portanto, necessário compreender melhor o significado desta conduta terapêutica, e como deve ser desenvolvida em uma UTI cujos pacientes podem vivenciar a finitude.

Observou-se, também, na revisão da literatura, que sobre o tema ortotanásia existem poucas publicações nacionais e internacionais atualizadas. É importante que a pesquisa avance com relação aos benefícios da ortotanásia porque juntamente com a descoberta e o uso de novas tecnologias para tratamento e a possibilidade de cura de doenças, estes se tornam um fator relevante na área da saúde. Todavia, é necessário que essas tecnologias sejam utilizadas de maneira adequada, a fim de não influenciar negativamente a decisão que deverá ser tomada pelos profissionais da área da saúde quando uma pessoa se encontra sem chances de obter a cura.

Com base nesta realidade, o presente estudo buscou, enquanto propósito, identificar a visão de profissionais da saúde com relação à ortotanásia em pacientes internados em uma UTI.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido na UTI de um hospital do sul do estado de Santa Catarina, classificado como sendo de alta complexidade. A UTI é o setor que concentra em suas instalações os recursos técnicos e humanos mais capacitados para o atendimento do cliente em estado crítico. Neste local, foi feito o contato com os sujeitos da pesquisa, profissionais que convivem diariamente com pacientes que vivenciam situações de finitude.

Participaram do estudo dez profissionais que trabalham na UTI há mais de um ano. A amostra foi composta por técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e fisioterapeutas, com disponibilidade para participar e concordar com o estudo, visto que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Optou-se pela letra "P", que significa profissional, seguida do número de ordem da entrevista, como codinome, garantindo-se assim o anonimato dos participantes do estudo.

Em relação aos aspectos éticos, o estudo está orientado pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os preceitos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos¹⁵. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina sob o número 2547913.9.0000.5369.

Os dados deste estudo foram coletados mediante entrevista semiestruturada por meio de instrumento elaborado pelas pesquisadoras. Para o registro dos dados,

a entrevista foi gravada e, posteriormente, transcrita no próprio instrumento. Primeiramente, foi levantado o perfil dos participantes e, após, foram introduzidas questões temáticas visando à busca por informações correlacionadas com a temática, centrando-se no entendimento sobre o assunto, as facilidades e dificuldades encontradas na sua realização, como adquiriram conhecimento sobre o tema e o que pensam sobre o local apropriado para internação de pacientes terminais.

A análise dos dados de abordagem qualitativa envolveu três etapas, segundo Minayo¹⁶: 1) leitura compreensiva do material selecionado, buscando-se, de um lado, ter uma visão de conjunto e, de outro, apreender as particularidades do material conforme os depoimentos dos sujeitos da pesquisa; 2) exploração do material caminhando na direção do que estava explícito e implícito, do revelado para o velado; 3) elaboração de síntese interpretativa fazendo uma articulação entre os objetivos do estudo, a base teórica adotada e os dados empíricos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante da temática ortotanásia, e para sustentar a análise e discussão dos dados encontrados, percebeu-se a importância de se destacar alguns assuntos aos quais ela está diretamente relacionada quando for necessária a tomada de decisão, a fim de proporcionar, aos pacientes e familiares, mais qualidade no processo de morte e morrer. Correlaciona-se, portanto, imprescindível o pensamento sobre questões de bioética, cuidados paliativos e humanização da assistência.

Conforme dados encontrados nas entrevistas com os dez participantes deste estudo - três (30%) enfermeiros, quatro (40%) médicos, um (10%) fisioterapeuta e dois (20%) técnicos de enfermagem - foi possível identificar sete categorias definidas como: *conceito de ortotanásia; influência na decisão em realizar a ortotanásia; tomada de decisão; relação paciente-médico-família; experiência prática; sentimentos; e local apropriado* para os pacientes em fase terminal. Estas categorias estão descritas com maiores esclarecimentos a seguir.

A categoria *conceito de ortotanásia* que surge nos relatos inclui informações importantes sobre o tipo, como ela acontece com pacientes terminais sem possibilidade de cura e, ainda, quando os investimentos tecnológicos e de intervenção crítica são desnecessários. Assim, na

assistência a estes pacientes, utilizam-se cuidados de conforto, sem sofrimento, a fim de possibilitar uma morte digna. Essas questões são demonstradas pelos entrevistados conforme se observa a seguir.

É quando se dá conforto na morte, tu não prolongas o sofrimento, mas deixa-o partir de uma forma digna. (P5).

É interromper medidas fúteis que prolonguem o sofrimento do paciente. (P8).

Essas definições dos entrevistados são semelhantes à definição de alguns autores que determinam que a ortotanásia significa morrer de maneira adequada, humanizada, cercado de amor e carinho, amando e sendo amado. É necessário resgatar a dignidade do ser humano na última fase da vida, especialmente quando a morte está marcada por dor e sofrimento. "A ortotanásia é a antítese de toda tortura, de toda morte violenta"^{17,18}.

Na experiência dos participantes existem questões que *influenciam na decisão* em suspender ou limitar o suporte vital em situações de terminalidade. Dentre estes elementos, encontram-se as seguintes situações: desejo da família; crenças do médico assistente; contato do médico com o paciente; religião dos envolvidos; idade do paciente; e, também, a conduta medicamentosa realizada.

Começa pelo que a família deseja, às vezes, eles querem que se faça tudo, não entendem que a morte vai chegar. (P2).

As crenças do médico assistente responsável pelo paciente. Têm médicos que não aceitam a terminalidade da vida e ficam realizando terapêuticas desnecessárias. (P3).

É o contato do médico intensivista com a família. (P5).

A família influencia, a idade do paciente e, ainda, o que já foi feito em termos de medicações. (P7).

Acredito que tem um impacto grande na questão da religião, pois as pessoas acreditam que devido o coração estar batendo ainda há um resquício de vida, por isso há uma grande dificuldade de abordar a terminalidade com as famílias. Usar toda a estrutura de saúde para prolongar o sofrimento da pessoa é egoísmo (P10).

A tecnologia é um fato necessário na medicina moderna. No entanto, à medida que o ser humano se torna dependente da tecnologia, as práticas humanistas são deixadas de lado. E o cuidado é o procedimento mais indicado com esses pacientes, pois nenhuma tecnologia,

conhecimento ou habilidade tem condições de vencer a morte quando ela já está determinada².

Nessa perspectiva, os cuidados paliativos não são realizados simplesmente porque o tratamento médico falhou, mas é parte de uma abordagem altamente especializada para auxiliar as pessoas a viver e enfrentar o processo de morte e de morrer da melhor maneira possível. Três elementos citados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) são considerados fundamentais em cuidados paliativos e estão relacionados também com a humanização da assistência: a compaixão, a humildade e a honestidade¹⁹.

Com relação à *tomada de decisão*, se é em conjunto ou exclusivamente médica, observa-se que a determinação para realizar a ortotanásia, na maioria das vezes, é médica. A família e o paciente, quando têm condições de opinar, participam desta decisão, porém alguns participantes referem que é o médico quem decide com o auxílio dos demais profissionais da UTI.

É uma decisão do médico, é definido por ele. (P2).

É muito importante a confiança entre o médico e a família para que se chegue a um consenso de não prolongar sofrimento. Mas a decisão é do médico, ele toma essa decisão e expõe para a família, cabe a família aceitar ou não. (P3).

Às vezes a gente observa que o paciente se entrega, que ele não quer mais estar ali e tem também a questão da família, tem família que, por mais que o paciente esteja ali entubado, cheio de drogas e não respondem, eles querem que invista. O médico vai avaliando e acaba decidindo. (P7).

Se o paciente estiver lúcido, consciente do seu prognóstico ele pode decidir junto com o médico a fazer a ortotanásia, que é autorizada por lei. (P8).

Entre os profissionais, poucos conheciam a existência da Resolução 1.805/06 que trata da prática humanista quando diagnosticada a terminalidade da vida, e afirma que qualquer terapia extra se tornará ineficaz. Esta resolução assegura que não é necessário fazer tudo para salvar a vida do paciente, porque seu quadro já é irreversível. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente⁴.

Lidar com as angústias da família, dos profissionais e do paciente é importante para que se possa tomar uma decisão que não seja pelo caminho da supressão

da consciência através de sedação, mas por meio de aconselhamento e assistência espiritual².

A decisão dos profissionais da saúde que assistem as pessoas nestas condições exige que sejam respeitados a vida e o ser humano, ou seja, necessitam conhecimento de bioética. Mas, sabe-se que a bioética enfrentou dilemas éticos criados pela evolução da Medicina, como a experimentação, o uso de novas tecnologias e questionamentos sobre o processo de morte e de morrer².

Os profissionais afirmam que o primeiro profissional a sugerir a ortotanásia é o médico, muitas vezes por ser ele quem tem autonomia e definição do prognóstico, bem como pelo avanço da terminalidade. Assim, fica sob sua responsabilidade abordar o assunto com os familiares e até mesmo com o paciente, quando este tem condições.

Para a maioria dos sujeitos do estudo a *relação paciente-médico-família* interfere na decisão, algumas vezes de forma positiva, outras nem tanto, como se pode perceber nos relatos a seguir.

Habitualmente isso acaba sendo uma decisão médica e da família, embora isso seja errado, já que o tratamento é multidisciplinar. Acho que a decisão deveria ser tomada em conjunto, o médico não é o dono da verdade. (P3).

Acredito que não, a parte afetiva não pode influenciar, às vezes, por pressão da família e do médico assistente, acaba-se investindo mais neste paciente. (P4).

Quando a doença está em fase irreversível, ameaçando a vida do paciente, é necessário que a equipe de saúde, os familiares e o paciente, quando possível, possuam tranquilidade, discurso argumentativo e uma ótima interação para chegar ao consenso da ortotanásia, isto porque se sabe que a morte não é uma doença com possibilidades de cura, e sim algo que faz parte da vida de todos os seres humanos.

Os profissionais mencionam que o seu conhecimento em relação à terminalidade e à ortotanásia foi adquirido com a *experiência prática* do cotidiano. Durante a graduação e/ou especialização houve pouco aprendizado. O que realmente possibilitou ter habilidade para lidar com as situações de morte foi a experiência, como se confere nos relatos a seguir.

Eu acho que não aprendi nada na faculdade, nem tive aula disso, é a atividade profissional que acaba nos moldando. (P3).

A minha formação na faculdade em si não, tu entra com a ideia de que tu vai salvar todo mundo e não é bem assim. O conviver com os pacientes mais graves foi o que me ensinou. [...] Eu aprendi a lidar com o SUS no SUS, só vai para UTI quem está realmente mal [...] e no hospital particular a gente pode trazer todo mundo. (P6).

Acho que nenhuma faculdade atual prepara para lidar com a morte, por mais estágio que se faça, a faculdade está muito longe da realidade, é com a prática, no teu dia a dia, que tu vai aprender a lidar com estas situações. (P10).

Todos os profissionais deste estudo queixam-se de seus cursos de graduação e pós-graduação, afirmando que a temática sobre a terminalidade, em algumas universidades, é pouco estudada, e que aprenderam a desenvolver uma prática mais efetiva nestas situações, com as experiências do seu cotidiano e mediante a sua vivência com os fatos.

Os profissionais referem, ainda, sobre seus *sentimentos* com relação ao óbito dos pacientes terminais. Neste sentido, observa-se que a serenidade, o alívio do sofrimento do paciente, a pena, a angústia, a revolta, o respeito, o sofrimento do profissional, a perda, bem como saber separar as emoções da prática e, ainda, a idade do paciente e as condições do óbito, podem interferir nos sentimentos destes profissionais. A seguir alguns relatos dos sentimentos dos profissionais diante do óbito dos seus pacientes representam estes aspectos.

Se a morte vem para um paciente de uma doença crônica, que gerou muito sofrimento a ele, eu encaro a morte com serenidade, eu vejo na morte uma saída, um alívio do sofrimento. Agora, se a morte vem por um erro médico ou por uma falha no atendimento, ou ocorre num paciente que não tenha nenhuma doença súbita ou acidente, eu não encaro de uma forma muito boa, tenho sentimento de pena, me angustio. Fico revoltado com a morte que poderia ser evitada pelos próprios médicos. (P3).

Eu respeito muito. A morte é a evolução natural da vida, a enfermagem sofre mais por ter mais contato com o paciente. (P6).

O sentimento de perda de um paciente depende do nível de experiência que tu passaste. Por isso, sente o peso que isso representa para a família. Mas isto não pode te abalar, sente, mas consegue separar a parte emocional do profissional. Depende muito da idade do paciente também, se for traumatizante ou não. (P8).

Os cuidados ao final da vida são importantes e reconhecer essa fase não é fácil, mas necessária para o planejamento adequado do cuidado assistencial dos

diferentes profissionais que atuam na área, com vistas a um bom preparo do paciente e sua família para perdas e mortes²⁰.

Com relação ao *local apropriado* para a permanência dos pacientes terminais em processo de ortotanásia, todos os participantes acreditam que eles deveriam permanecer em um setor de internação, próximos dos seus familiares, ou, ainda, em internação domiciliar, fato este que, muitas vezes, não é cumprido, devido à pressão do médico assistencial, da família que não está bem informada e preparada, ou, também, por indicação da instituição, como se pode ver nos relatos a seguir.

Depende da situação, mas quando definida a ortotanásia, ele deve estar no quarto com a família, pois, querendo ou não, existem pacientes com expectativa de vida aguardando uma vaga. A questão de ser particular já foi mais para ocupar vaga. Deve-se ter um consenso entre família e médico, este que deve alertar que aquele momento necessita de carinho e conforto e não de sentir dor. A presença da família é bem importante. (P2).
Acho que os pacientes terminais deveriam ficar perto da família, com alívio das dores, sem dispneia e nem solidão. Eles vão para UTI para aliviar o sofrimento da família e do médico assistente, para o médico não se estressar tanto, porque um paciente na enfermaria exige muita atenção, principalmente da família, e acho que os pacientes acabam morrendo na UTI completamente sozinhos. Acho que a UTI é o pior ambiente para se morrer dentro de um hospital. A internação domiciliar deveria ser pensada como uma saída, e a melhor forma de se morrer é em casa, perto dos familiares e com apoio de uma equipe de saúde para aliviar o sofrimento. (P3).

Acho que a terminalidade, quando é decidida e quando a família opta pela qualidade de vida, deve ser feita fora da UTI, para que o paciente tenha contato com a família; que seja uma partida menos sofrida para todo mundo, que muitas vezes eles querem estar do lado e não podem. (P4).
Eu acho que a UTI é para quem tem uma vida pós-UTI, não adianta tirar o paciente da família, para morrer na UTI sozinho. Este paciente deve morrer com a família, longe de uma UTI. (P10).

Aceitar que para a pessoa se esgotaram todas as possibilidades de cura da doença e que não há mais o que ser feito em termos de obtenção da cura é muito difícil para a família e, assim, torna-se complexo abordar a terminalidade com os familiares, o que acaba gerando internações e terapias desnecessárias em UTIs.

Oferecer serviços de educação continuada e atenção nas instituições de graduação para a busca

do ancoramento dos princípios bioéticos na prática concomitante à ortotanásia é fundamental²¹, bem como promover discussões interdisciplinares para assistência direta qualificada, concorrendo para uma maior profundidade e melhor incorporação de linguagem teórica sobre o tema.

CONCLUSÃO

A ortotanásia é uma questão complexa que requer conhecimento referente à bioética e comunicação, aos cuidados paliativos, à humanização da assistência, ao processo de morte e de morrer e às enfermidades graves e irreversíveis tendo em vista oferecer uma assistência mais integralizada e que respeite direitos, valores e a cultura dos envolvidos neste processo - pacientes e familiares e equipe multidisciplinar.

A maioria dos profissionais informou ser a relação paciente-médico-família fator importante na decisão para a realização ou não da ortotanásia em pacientes sem possibilidade de cura. No entanto, se ambos não chegam a um consenso, a decisão, muitas vezes, não é tomada, e o paciente permanece com todos os cuidados intensivos estendendo-se por tempo prolongado.

Sobre a permanência destes pacientes terminais em internação na UTI, os profissionais foram unânimes no seu posicionamento, enfatizando a importância destes permanecerem junto a suas famílias, num setor de internação, ou mesmo sob regime de internação domiciliar, durante o processo de morrer. Destacam ainda que o ambiente de UTI não é o mais apropriado, porque estes pacientes acabam ficando sozinhos, uma vez que

a entrada dos familiares é reduzida tanto no tempo de permanência, bem como no critério de horário de visitas, diminuindo até mesmo o número de familiares que têm acesso diário aos pacientes neste setor.

Quando se tem um familiar vivenciando o processo de morte é difícil tomar qualquer tipo de decisão, mas, quando os profissionais sabem abordar o tema, a situação se torna mais transparente, as decisões ficam mais fáceis, as relações interpessoais mais humanizadas porque, embora não se queira perder um familiar, também não se quer vê-lo sofrer.

Visando a um atendimento qualificado, é imprescindível que os profissionais tenham conhecimento, este desenvolvido nas universidades através da reformulação de currículos, introduzindo-se nas disciplinas questões que abordem a morte e o processo de morrer e a palição, assim como lidar com o processo de morrer de forma mais humanizada e natural. Profissionais qualificados, conseqüentemente, terão condições de assistirem melhor, com eficiência e humanização, a pessoa, a família e também os profissionais da própria equipe de saúde. O conforto e a atenção são essenciais às pessoas no processo de morrer.

Considerando-se os achados deste estudo, sugere-se que aconteçam capacitações com os profissionais de saúde para que possam enfrentar esta situação de maneira mais efetiva e coerente com os preceitos éticos da profissão, assegurando-lhes condições plenas para a indicação da ortotanásia, a fim de possibilitar uma morte digna, com conforto, humanização, alívio da dor e do sofrimento das pessoas envolvidas no processo.

REFERÊNCIAS

1. Reiriz AB, Scatola RP, Buffon VR, Motter C, Santos D, Fay AS, et al. Cuidados paliativos, a terceira via entre eutanásia e distanásia: ortotanásia. *Prat Hosp.* 2006; 6(48):77-82.
2. Pessini L, Barchifontaine CP, organizadores. *Humanização e cuidados paliativos*. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2006.
3. Borges RCB. Direito de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal e direito comparado. In: Santos MCCL. *Biodireito: ciência da vida, os novos desafios*. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2001. p. 283-305.
4. Andrade EO. Resolução CFM nº 1.805/2006. [acesso em 11 abr 2014]. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm
5. Leone S, Privitera S, Cunha JT, coordenadores. *Dicionário de bioética*. São Paulo: Santuário Aparecida; 2001.
6. Balla A, Haas RE. Percepção do enfermeiro em relação à ortotanásia. *Bioethikos*. 2008; 2(2):204-13. [acesso em 10 set 2013]. Disponível em: <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/bioethikos/64/204a213.pdf>
7. Truog R, Campbell ML, Curtis R, Has CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Crit Care Med.* 2008; 36(5):1699.
8. Barbosa SMM. Prefácio. In: *Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Ed. Diagraphic; 2009. p. 7.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor*. Rio de Janeiro: INCA; 2001. [acesso em 20 out 2013]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf
10. Hola-Engelberg RA, Curtis JR, Nelson J, Luce J, Ray DE, Levy MM. Comparing clinician ratings of the quality of palliative care in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2011; 39(5):975-83.
11. Batista KT, Seid EFS. Estudo acerca de decisões éticas na terminalidade da vida em unidade de terapia intensiva. *Com Cienc Saúde.* 2011; 22(1):51-60.
12. Knobel ED. *Condutas no paciente grave*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006.

13. Biondo CA, Silva MJP, Secco LMD. Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. *Rev Latino-AmEnferm*. 2009; 17(5):77-82.
14. Caetano JA, Soares E, Andrade LM, Ponte RM. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. *Esc Anna Nery R Enferm*. 2007; 11(2):325-30.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466/12 do conselho nacional de saúde: diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
16. Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010.
17. Pessini L, Barchifontaine CP. *Problemas atuais de Bioética*. 7ª ed. rev. ampl. São Paulo: Loyola; 2005.
18. Pessini L, Barchifontaine CP. O desenvolvimento da bioética na América Latina. In: Pessini L, Barchifontaine CP, organizadores. *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Paulus; 1996.
19. Mccoughlan M. A necessidade de cuidados paliativos. In: Pessini L, organizador. *Humanização e cuidados paliativos*. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2006. p. 167-80.
20. Instituto Nacional de Câncer. *Cuidados paliativos*. [acesso em 28 out 2013]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474
21. Malek JI, Geller G, Sugaman J. Talking about cases in bioethics: the effect of an intensive course on health care professionals. *J Med Ethics*. 2000; 26(2):131-6.

Enviado em: 23/10/2014

Aceito em: 15/12/2014

AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM: UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA ENFERMEIROS DE SERVIÇOS DE SAÚDE OCUPACIONAL HOSPITALAR

VIRTUAL LEARNING ENVIRONMENT: A PROPOSAL FOR CONTINUING EDUCATION FOR NURSES OF HOSPITAL OCCUPATIONAL HEALTH SERVICES

ENTORNO VIRTUAL DE APRENDIZAJE: UNA PROPUESTA DE FORMACIÓN CONTINUA PARA ENFERMERAS DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL DE HOSPITAL

Regiane de Fátima Omitto Serrano*, Nelson Alves Pinheiro Neto*, Tânia Azevedo da Silva*, Wanderlei Araújo da Silva*, Lucas Adriano dos Santos*, Maria Cláudia Parro**, Andréia de Haro Moreno***

Resumo

Introdução: Os acidentes de trabalho constituem-se num assunto de relevância nacional e internacional. A enfermagem é a categoria profissional que apresenta a maior prevalência desses acidentes no ambiente hospitalar, gerando licenças de saúde e, por vezes, invalidez. **Objetivo:** Desenvolver um ambiente virtual de aprendizagem (AVA), acerca da "Assistência de Enfermagem nos Acidentes de Trabalho com Material Biológico" por meio da utilização do modelo *WebQuest*, enquanto uma estratégia de educação reflexiva construtivista, voltada à educação continuada de enfermeiros de duas instituições filantrópicas no interior paulista. **Material e Método:** Estudo descritivo e aplicado, concentrado no desenvolvimento e implementação de um ambiente virtual de aprendizagem, pela metodologia *WebQuest*, fundamentada em quatro etapas: concepção e planejamento, desenvolvimento, implementação e avaliação. **Resultados:** Formulou-se uma proposta de educação continuada para enfermeiros, integrando-se a teoria e a prática, a partir da valorização do conhecimento e da contextualização de situações reais vivenciadas no ambiente hospitalar, com vistas a apoiar a tomada de decisão do enfermeiro, nas situações de acidente ocupacional com material biológico, baseada em recursos das tecnologias da informática e da informação. **Conclusão:** O ambiente virtual de aprendizagem desenvolvido, em seu conteúdo e forma de apresentação, mostrou-se adequado ao possibilitar o acompanhamento do acidente ocupacional com material biológico, por meio da organização das informações, da caracterização do acidente e o auxílio à tomada de decisão para a assistência de enfermagem.

Palavras-chave: Informática em Enfermagem. Saúde ocupacional. *WebQuest*.

Abstract

Introduction: Work accidents currently represent a matter of national and international relevance. Nursing is the professional category with the highest prevalence of such accidents in the hospital environment, causing health licenses and, sometimes, disability. **Aims:** To develop a virtual learning environment (VLE), about "Nursing Care in Work Accident with Biological Material" through the use of *WebQuest* model, as a constructivist and reflective education strategy, focused on nurses continuing education at two charitable institutions of São Paulo state. **Material and Method:** Descriptive and applied study, focused on the development and implementation of a virtual learning environment, using the *WebQuest* methodology, based on four steps: design and planning, development, implementation and evaluation. **Results:** A continuing education proposal for nurses was made, seeking to integrate theory and practice, based on the value of knowledge and of context of real situations experienced in the hospital environment, in order to support the decision making of nurses in situations of occupational accidents with biological material, based on the resources of computer science and information technology. **Conclusions:** The virtual learning environment developed with its content and form of presentation, was considered appropriate to allow the monitoring of occupational accidents with biological material, through the organization of information, the characterization of the accident and the aid to decision making for nursing care.

Keywords: Nursing informatics. Occupational health. *WebQuest*.

Resumen

Introducción: Los accidentes de trabajo representan actualmente un tema de relevancia nacional e internacional. La enfermería es la profesión con la más alta prevalencia de este tipo de accidentes en el medio hospitalario, la creación de licencias de salud y, a veces la discapacidad. **Objetivos:** El propósito de este estudio fue desarrollar un entorno virtual de aprendizaje (VLE), sobre "Atención de Enfermería al Trabajo Accidente con material biológico" a través de la utilización del modelo *WebQuest*, mientras que una estrategia de educación constructivista reflexiva, dedicada a la formación continuada de las enfermeras de dos instituciones filantrópicas en São Paulo. **Material y Método:** Estudio descriptivo y aplicada, centrado en el desarrollo y implementación de un entorno virtual de aprendizaje, la metodología *WebQuest*, basado en cuatro etapas: diseño y planificación, desarrollo, implementación y evaluación. **Resultados:** Como resultado, el producto de esta investigación propone una educación continua para las enfermeras que buscan integrar la teoría y la práctica, con base en el valor del conocimiento y el contexto de situaciones reales experimentadas en el hospital, con el fin de apoyar la toma de decisiones de las enfermeras en situaciones de accidentes de trabajo con material biológico, basado en los recursos de la informática y la tecnología de la información. **Conclusión:** El entorno virtual de aprendizaje desarrollado con el contenido y la forma de presentación, se consideró apropiado, lo que permite el seguimiento de los accidentes de trabajo con material biológico, a través de la organización de la información, la caracterización del accidente y la toma de decisiones para el cuidado de enfermería ayuda.

Palabras clave: Informática en Enfermería. Salud ocupacional. *WebQuest*.

* Acadêmicos do 3º ano do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

** Coordenadora do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

*** Docente do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: ahmoreno@bol.com.br

INTRODUÇÃO

O acidente de trabalho (AT) atualmente pode ser considerado um assunto de relevância nacional e internacional devido aos prejuízos que acarreta aos trabalhadores da área da saúde, às instituições empregadoras e às instituições governamentais¹.

Investigações sobre os acidentes de trabalho na enfermagem são relevantes, pois esta categoria profissional é a que apresenta a maior prevalência no ambiente hospitalar, gerando licenças de saúde e, por vezes, invalidez. Os acidentes com material biológico que acometem os trabalhadores da saúde representam uma preocupação para os gestores e trabalhadores destas instituições, tanto pela frequência com que ocorrem, como pelo grau de estresse e custos que geram².

Em se tratando das atividades assistenciais, relativas ao acidente com material biológico, o que se observa é a presença de lacunas de informação deixadas pelos profissionais enfermeiros, acarretando possíveis prejuízos à qualidade da assistência prestada³.

Tal fato reafirma-se no estudo desenvolvido por Chiodi e colaboradores¹, quando detectaram que a maioria das comunicações de acidentes de trabalho (CATs) não é preenchida adequadamente, sendo observadas lacunas nos registros de informações importantes para a identificação da real situação acidentária no serviço. As autoras ainda ressaltam que essa constatação indica a necessidade de adoção de novas estratégias para melhorar o registro das informações.

A construção de sistemas informatizados como forma de buscar soluções para aperfeiçoar a administração da informação e apoiar o desenvolvimento do processo de trabalho na enfermagem é uma necessidade premente, uma vez que o sistema tradicional de documentação gera uma grande quantidade de documentos, não admite a recuperação sistemática das informações, que muitas vezes são desorganizadas, inconsistentes, difíceis de leitura e compreensão, comprometendo a qualidade da assistência prestada⁴.

No Brasil, faltam dados sistematizados a respeito da ocorrência de acidentes com instrumentos perfurocortantes que podem trazer sérias implicações para a saúde dos trabalhadores. Assim, o risco de acidentes dessa natureza é uma realidade nas atividades práticas dos profissionais atuantes em instituições brasileiras de

saúde onde a ausência de registros e de programas de acompanhamento do profissional acidentado é quase uma regra^{5,6}.

A demanda por informações em saúde vem crescendo juntamente com os desafios presentes na sua utilização, destacando-se ainda a necessidade de avaliar o processo de trabalho e possibilitar a democratização do conhecimento em saúde⁷. Com isso, a gestão de recursos humanos tem sido reconhecida, tanto no âmbito internacional quanto nacional, como um componente crítico para assegurar a eficiência, eficácia e efetividade dos serviços de saúde⁸.

Segundo Peres e colaboradores⁹, a educação continuada (EC) pode ser compreendida como um processo que impulsiona a transformação da organização, criando oportunidades de capacitação e de desenvolvimento pessoal e profissional, inserida em uma visão crítica e responsável da realidade, resultando na construção de conhecimentos importantes para a organização, a profissão e a sociedade.

Sob essa perspectiva, é inquestionável, atualmente, que a maioria das organizações tenha a necessidade de capacitar seus profissionais por meio de uma educação reflexiva e participativa. Todavia, essa mudança de enfoque do desenvolvimento profissional foi impulsionada por pressões sociais, elevação da escolaridade, crescente aumento do nível de informação das pessoas e inovações tecnológicas, como motivação e expectativa das pessoas na participação das decisões, nos resultados e no futuro da empresa⁹.

Os profissionais de enfermagem estão, constantemente, sendo solicitados a demonstrar novas competências, além daquelas necessárias à execução de suas atividades profissionais, para atender as transformações que envolvem a sociedade. Para tanto, necessitam adquirir conhecimentos sobre novos recursos proporcionados pelas tecnologias da informática em sua área como fonte de informação e de estratégia de atuação¹⁰.

As possibilidades que as novas tecnologias oferecem para o ensino, aliadas à criatividade e ao interesse do educador, são inesgotáveis e proporcionam uma experiência educacional mais rica, abrangendo todos os participantes envolvidos no processo ensino-aprendizagem⁹.

Dentre suas diversas concepções, a tecnologia incorpora o desejo de influenciar o mundo e seu entorno. Manifesta-se de modo crescente, inserida em um sistema tecnológico em que os governos, as organizações e as pessoas são integradas ao objetivo de maximizar a eficiência e a racionalidade. Assim, deve ser compreendida como um fenômeno que transcende a simples definição de maquinário¹¹.

Na área da saúde, o uso da internet na busca de fontes de informação, realização de pesquisas, acesso à base de dados de artigos, teses e periódicos, como o uso de programas de simulação para treinamento de habilidades e tomada de decisões se constituem objeto de estudos e interesse¹².

Uma expansão interessante das oportunidades educacionais *on-line* está ocorrendo na enfermagem. O uso de uma metodologia de ensino orientada da *Web - WebQuest* - como uma atividade de aprendizado baseada na educação reflexiva consegue oferecer oportunidade considerável para enfermeiros aprenderem como analisar e sintetizar informações essenciais, e proporciona aumento de flexibilidade, permitindo que os enfermeiros tenham aulas em casa ou no trabalho a qualquer hora¹³.

O desafio é integrar o uso da internet na Educação como instrumento de construção do conhecimento, ampliando as possibilidades de experimentação. A tecnologia educacional *WebQuest* é uma técnica para aprendizagem que usa a internet, permitindo que se crie ambientes de aprendizagem próximos da realidade, esperando que a partir dessa proposta resultem conhecimentos consistentes, robustos e significativos¹⁴. No entanto, há necessidade de adoção de estratégias educacionais que propiciem aprendizagem interativa e que ofereçam condições para o desenvolvimento das habilidades de pesquisa, aprimoramento, divulgação técnico-científica e construção do saber¹⁵.

Jacomini e colaboradores¹⁶ advertem sobre a dificuldade em se elaborar material instrucional ao se trabalhar com educação utilizando-se de ferramentas da informática. Enfatizam, também, a importância de que tal material não seja apenas um "transmissor de informação", mas um discurso persuasivo, com estímulos para a análise e reflexão crítica, a partir do compartilhamento de conhecimentos prévios, com os que forem emergindo ao longo do processo de aprendizagem.

A *WebQuest* é uma estratégia eficaz para promover a aprendizagem porque quando os alunos interagem com o conteúdo disponível na internet, desenvolvido e organizado pelos educadores, eles estão construindo, ativamente, a sua compreensão do assunto estudado e assim construindo o conhecimento. No entanto, embora haja uma participação ativa na construção e detenção do conhecimento, a localização de informações precisas na internet pode ser uma experiência demorada e frustrante se não for direcionada, sendo primordial a presença do educador como mediador do processo¹⁷.

Nos serviços de saúde são vivenciadas situações complexas, nas quais as tecnologias da informática e da informação são vislumbradas como instrumento para aprofundamento reflexivo e crítico na assimilação e utilização de referenciais teóricos, com objetivo, em especial, de resolução de problemas e de transformação da realidade¹⁸.

Considerando a importância da capacitação de enfermeiros para atuação nas situações de acidente com material biológico, e a integração da informática nesse processo, surgem os seguintes questionamentos: como organizar oportunidades de aprendizagem para enfermeiros por meio de informações disponíveis na internet e de *softwares* especializados? O uso da tecnologia educacional *WebQuest* facilitará o processo de aprendizagem acerca da assistência de enfermagem ao acidente de trabalho com material biológico? Um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) para o ensino continuado pode auxiliar o enfermeiro no registro das informações e na tomada de decisão e no acompanhamento dos casos de acidente de trabalho com material biológico?

OBJETIVO

O objetivo do presente estudo foi descrever a construção de um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) sobre a Assistência de Enfermagem ao Acidente Ocupacional com Material Biológico, no contexto hospitalar.

MATERIAL E MÉTODO

Este estudo retrata uma pesquisa descritiva e aplicada¹⁹, em que o AVA foi desenvolvido em duas etapas, segundo os passos propostos pela metodologia *WebQuest*. A primeira etapa envolveu o planejamento relacionado aos aspectos pedagógicos de elaboração e definição do

conteúdo. Na segunda etapa, o desenvolvimento consistiu na organização do conteúdo, inclusão de imagens e conclusão do acabamento.

No planejamento e desenvolvimento do AVA, o referencial pedagógico foi pautado nas concepções de Vygotsky acerca dos processos mentais superiores e complexos, especificamente inerentes à análise e reflexão das situações vivenciadas. Nesta compreensão, a mediação é um conceito central, remetendo-nos ao pressuposto vygotskiano de que a relação do homem com o mundo não é uma relação direta, mas, fundamentalmente mediada²⁰.

O conteúdo aborda conceitos inerentes às situações de acidentes ocupacionais com material biológico no ambiente hospitalar, bem como a assistência de enfermagem prestada a esses eventos, organizados de acordo com as seções típicas de uma *Webquest*: 1) Introdução; 2) Tarefa; 3) Processo; 4) Conclusão; 5) Avaliação; 6) Créditos²¹⁻²⁴.

A *WebQuest* foi desenvolvida por meio do aplicativo *Power Point*®, com recursos de imagens e animação disponíveis na *Web*. Porém, a instalação dos aplicativos *Word*®, *Excel*® e *Adobe Reader*® nos computadores viabiliza o cumprimento e envio das tarefas. Utilizou-se para a construção do AVA os requisitos de qualidade de usuários, baseados no referencial de avaliação da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR ISO/IEC 14598-6²⁵, direcionados para medida da qualidade de *software*, a partir de três características: eficácia, produtividade e satisfação, por meio do instrumento de Parro²⁶.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Ensino Superior Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), localizada na cidade de Catanduva-SP, referente aos aspectos éticos observados, quando da realização de pesquisa em seres humanos (Protocolo: 35131514.7.0000.5430, Número do Parecer: 816.947).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi construída uma *WebQuest* curta, totalizando 12 telas, com objetivos educacionais que foram direcionados aos enfermeiros na assistência do acidente ocupacional com material biológico no ambiente hospitalar em relação aos profissionais da equipe de enfermagem.

Na página inicial do AVA, foram incluídas informações básicas acerca da metodologia *WebQuest*. A tela referente à primeira seção, a **Introdução**, consta de frases simples e instigantes com o objetivo de suscitar o interesse e a curiosidade nos enfermeiros em desenvolver as atividades propostas. Para ressaltar a relevância do tema, foram citados materiais essenciais para as atividades assistenciais e disponibilizadas informações que contextualizam o conteúdo a ser desenvolvido, além de uma descrição sucinta da atuação do enfermeiro na assistência do acidente ocupacional com material biológico no ambiente hospitalar.

Ao longo de todas as telas da *WebQuest*, as imagens nas bordas horizontais inferiores permitem acesso às diferentes seções e a recursos indispensáveis para o cumprimento das tarefas. O conteúdo da segunda seção, intitulada **Tarefa**, pretende atrair e envolver o enfermeiro na resolução do problema apresentado, que deve ser factível e corresponder a um contexto que simula uma determinada realidade, exigindo criatividade, julgamento crítico e cooperação (Figura 1).

Na seção **Processo**, o conteúdo está dividido em três etapas, atendendo os preceitos das funções desempenhadas pelo enfermeiro na assistência ao acidente com material biológico: condutas e avaliações pós-acidente, notificação e organização do atendimento. Antes de iniciar o passo-a-passo da seção **Processo** propriamente dita, são apresentados os pressupostos básicos que refletem os objetivos educacionais (Figura 2).

As indicações de leitura são acompanhadas de orientações simples e objetivas que permitem uma consulta rápida e direta para facilitar o trabalho dos enfermeiros¹⁴.

Figura 1 - Tela de exibição da seção Tarefa da *WebQuest* "Assistência de Enfermagem no Acidente Ocupacional com Material Biológico", Catanduva-SP, Brasil, 2015

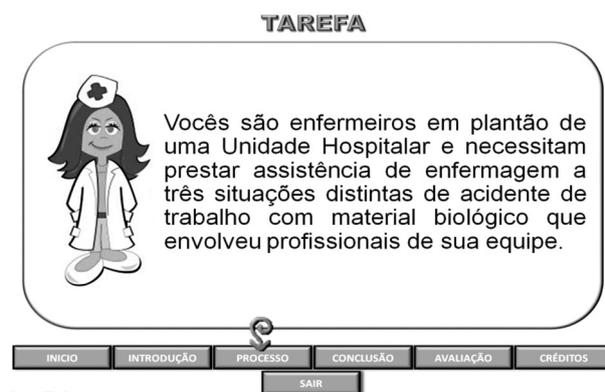
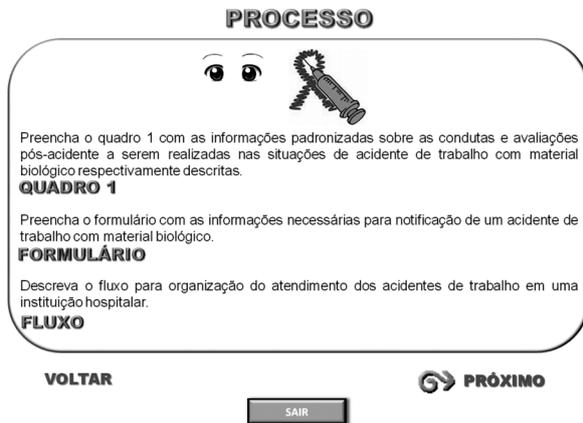


Figura 2 - Tela de exibição da seção Processo da *WebQuest* "Assistência de Enfermagem no Acidente Ocupacional com Material Biológico", Catanduva-SP, Brasil, 2015



As telas iniciais utilizam recursos de animação que contextualizam o acidente ocupacional com material biológico no ambiente hospitalar em relação aos profissionais da equipe de enfermagem e visam direcioná-lo como uma realidade preocupante por sua elevada ocorrência, uma vez que este ambiente favorece tais eventos por sua rotina intensa, com muitos procedimentos invasivos, ressaltados na seringa gigante que o profissional com intimidade carrega sobre seus ombros, fazendo alusão à sua dinâmica de trabalho^{27,28}.

As ilustrações relembram a importância da prática segura por meio do uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), bem como de descartes adequados para materiais perfurocortantes. Pois os equipamentos de proteção, tanto individual quanto coletivo, são fundamentais para o desenvolvimento das atividades profissionais, garantindo padrões mínimos de segurança, visando a prevenção dos acidentes ocupacionais envolvendo agentes biológicos²⁹.

A **Tarefa** situa o enfermeiro no centro da assistência ao acidente ocupacional no ambiente hospitalar em situação rotineiramente vivenciada neste contexto e está detalhada na seção **Processo**.

A seção **Processo** está composta por quatro telas e subdividida em três partes: conscientização e caracterização do acidente ocupacional com material biológico; apresentação dos pressupostos teóricos acerca do tema e apresentação dos passos para o desenvolvimento da tarefa a ser realizada.

O caso ilustrativo é fictício, porém foi elaborado de acordo com situações de acidente ocupacional com material biológico mais frequentes no ambiente

hospitalar como se encontram descritas em literatura nacional específica, pretendendo destacar a importância das habilidades (investigar, observar, avaliar, analisar, diagnosticar) como conhecimentos que subsidiam as atividades assistenciais e direcionam a tomada de decisão e o planejamento nas situações do acidente ocupacional com material biológico no contexto hospitalar.

Contudo, dentre as injúrias e preocupações geradas pelo acidente ocupacional com material biológico encontra-se também a subnotificação. Enquanto os profissionais de saúde não se conscientizarem da importância da notificação do acidente, a dimensão real do problema não poderá ser determinada. Quando se consegue coletar todas as informações a respeito de um acidente, pode-se analisar os dados para priorizar esforços e estabelecer metas em unidades de maior risco, identificando as causas, no sentido de determinar se as ocorrências requerem aperfeiçoamento técnico na realização dos procedimentos, na aquisição de dispositivos mais seguros, na mudança de comportamento de funcionários ou se há falhas no suprimento de equipamentos de proteção individual e coletiva^{30,31}.

Assim, após terem percorrido toda a trajetória da avaliação, notificação, tomada de decisão e atendimento na situação do acidente ocupacional com material biológico, o enfermeiro precisa concluí-lo em acordo com as normas e rotinas federais e institucionais.

A seção **Conclusão** buscou resumir o propósito geral de toda a dinâmica da proposta de educação continuada, a partir de uma metodologia educacional orientada pela internet e incrementada pelos avanços tecnológicos. Acresça-se ainda a obtenção de forma descritiva da análise dos enfermeiros acerca desta experiência com o objetivo de estimulá-los a expor suas opiniões.

A seção **Avaliação** é um componente primordial da *WebQuest*. Deve apresentar com clareza como o resultado da tarefa será avaliado e que fatores serão considerados. Os fatores podem ser explicitados em valores percentuais em relação ao trabalho desenvolvido. Assim, os alunos saberão também avaliar a qualidade do trabalho e podem, de maneira colaborativa, rever ações e reconstruir, se necessário, o produto final, objeto da tarefa¹⁴. Avaliar com coerência e fidedignidade não é uma tarefa simples de ser executada, pois exige análise, julgamento, interpretação e tomada de decisão³¹.

Assim, esta seção utilizou-se do sistema de rubricas publicadas na *web*, disponibilizadas em *sites* especializados na criação das mesmas, e considerando as especificações descritas pela Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT) NBR ISO/IEC 14598-6²⁵, direcionadas para medida da qualidade de *software*, dividindo-se em duas fases.

Na primeira fase os enfermeiros avaliam a *WebQuest* enquanto usuários, e na segunda fase a avaliação se relaciona às atitudes individuais e do grupo no decorrer do cumprimento das tarefas. Tal avaliação é proposta por meio de valores numéricos e conceitos em termos favoráveis ou desfavoráveis aos critérios estabelecidos para avaliação dos recursos informacionais disponibilizados e atitudes apresentadas pelo enfermeiro e pelo grupo, no decorrer do cumprimento das tarefas, ao final de cada etapa da *WebQuest*.

A última seção, denominada **CRÉDITOS**, composta por duas telas, aponta todo o material utilizado pelo autor para a preparação e construção da *WebQuest*, como textos e imagens utilizadas. É importante lembrar que os **CRÉDITOS** não são as referências indicadas para os alunos no processo e recursos e, sim, o material necessário para a formatação da *WebQuest*²⁴.

CONCLUSÃO

A trajetória deste estudo concentrou-se no desenvolvimento e na implementação de um AVA, voltado à educação continuada de enfermeiros em ambiente hospitalar acerca da "Assistência de Enfermagem no

Acidente Ocupacional com Material Biológico", com utilização da metodologia *WebQuest*.

O produto desta pesquisa apresentou uma proposta de educação continuada que busca integrar a teoria e a prática, a partir da valorização do conhecimento e da contextualização de situações reais vivenciadas no ambiente hospitalar. Com vistas a apoiar a tomada de decisão do enfermeiro, nas situações de acidente ocupacional com material biológico, baseada em recursos das tecnologias da informática e da informação.

É importante salientar que a utilização de novas tecnologias educacionais, como um AVA, é estratégia inovadora e caracteriza uma mudança de paradigma na capacitação de profissionais enfermeiros nas instituições de saúde.

Sob essa perspectiva, considera-se que o objetivo desta pesquisa foi atingido, uma vez que se desenvolveu um AVA, em que seu tema, conteúdo e forma de apresentação foram considerados adequados, além de possibilitar o acompanhamento do acidente ocupacional com material biológico, por meio da organização das informações, da caracterização do acidente e o auxílio à tomada de decisão para a assistência de enfermagem.

Entretanto, é apropriado que essa proposta seja avaliada por especialistas, tendo em vista a elucidação de aspectos não contemplados, a fim de que se conclua sobre sua real capacidade para impulsionar a melhora da qualidade do atendimento e da rotina de trabalho acerca da Assistência de Enfermagem no Acidente Ocupacional com Material Biológico, como sua utilização para a educação profissional em outras temáticas.

REFERÊNCIAS

1. Chiodi MB, Marziale MHP, Robazzi MLCC. Acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores de unidades de saúde pública. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2007 [acesso em 2009 jan 10]; 15(4):632-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a17.pdf
2. Dalarosa MG, Lautert L. Acidente com material biológico no trabalhador de enfermagem em um hospital de ensino: estudo caso-controle. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30(1):19-26.
3. Parro MC. Desenvolvimento de software para organização da informação de um serviço de saúde ocupacional hospitalar [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Mestrado em Enfermagem/USP; 2008.
4. Évora YDM, Pasti MJ, Pileggi SO, Ballini JM, Góes WM, Roquete E. Processo de Informatização em Enfermagem: experiência de um hospital público. In: Congresso Brasileiro de Informática em Saúde. [acesso em 20 jun 2009]. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/anais2006>
5. Marziale MHP. REPAT: Rede de Prevenção de Acidentes de Trabalho. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. [acesso em 2009 nov 02]. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/repap>
6. Murofuse NT, Marziale MHP, Gemelli LMG. Acidente com material biológico em hospital universitário do oeste do Paraná. Rev Gaúcha Enferm. 2005;26(2):168-79.
7. Villalbi JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Evaluación de la atención primaria de salud. Atención Primaria. 2003; 31(6):382-5.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2007. [acesso em 20 jun 2009]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf

9. Peres HHC, Leite MMJ, Gonçalves VLM. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, e avaliação de desempenho profissional. In: Kurcgant P. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 138-56.
10. Aguiar RV, Cassiani SH. Desenvolvimento e avaliação de ambiente virtual de aprendizagem em curso profissionalizante de enfermagem. Rev Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2007 [acesso em 10 jan 2009]; 15(6):1081-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_04.pdf
11. Martins CR, Dal Sasso GTM. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem. Rev Texto Contexto Enferm. 2008; 17(1): 11-2.
12. Rodrigues RCV, Peres HHC. Panorama brasileiro do ensino de Enfermagem On-line. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2008 [acesso em 30 dez 2010]; 42(2):298-304. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a06v43n2.pdf
13. Sanford J, Townsend-Rocchiccioli J, Trimm D, Jacobs M. The Webquest: Constructing Creative Learning. J Continuing Education Nursing. 2010; 41(10):437-79.
14. Abar CAAP, Barbosa LM. WebQuest: um desafio para o professor. São Paulo: Avercamp; 2008.
15. Gonçalves GR, Peres HHC, Rodrigues RC, Tronchin DMR, Pereira IM. Proposta educacional virtual sobre atendimento da ressuscitação cardiopulmonar no recém-nascido. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [acesso em 2010 dez 29]; 44(2):413-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/25.pdf>
16. Jacomini RA, Piatí TH, Figueiredo RM. Avaliação de um curso de educação a distância sobre hepatite C. Invest Educ Enferm [Internet]. 2008 [acesso em 29 dez 2010]; 26(2):98-104. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/25.pdf
17. Piercy EC. Using WebQuests to promote active learning. J Continuing Education Nursing. 2004; 35(5):200-1.
18. Pereira MCA. Proposta didático-pedagógica para a disciplina Administração dos Serviços de Enfermagem Hospitalar: desenvolvimento e implementação da metodologia WebQuest [tese]. Ribeirão Preto (SP): Doutorado em Enfermagem/USP; 2009.
19. Polit DF, Beck CT, Hungler, BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
20. Koll MO. Vygotsky aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio-histórico. 4ª ed. São Paulo: Scipione; 2005.
21. Webquest.org [Internet]. San Diego: San Diego State University (BR). Useful WebQuests Resources. 2007 [acesso em 30 jun 2014]. Disponível em: <http://webquest.org/indexresources.php>
22. Lahaie U. WebQuests: a new instructional strategy for nursing education. Comput Inform Nurs [Internet]. 2007 [acesso em 30 jun 2014]; 25(3):148-56. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/01.NCN.0000270041.14541.7e>
23. Sanford J, Townsend-Rocchiccioli J, Trimm D, Jacobs M. The WebQuest: constructing creative learning. J Contin Educ Nurs [Internet]. 2010 [acesso em 30 jun 2014]; 41(10):473-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20100503-04>
24. Maxwell SM. WebQuests: A viable solution to meeting the continuing professional education needs of home health care nurses. Home Health Care Manag Pract [Internet]. 2009 [acesso em 30 jun 2014]; 21(3):171-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1084822308322649>
25. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR/ISO/IEC 14598-6:2004: Engenharia de software: avaliação de produto: parte 6: documentação de módulos de avaliação. Rio de Janeiro; 2004.
26. Parro MC. Ambiente Virtual de aprendizagem: uma proposta de educação continuada para enfermeiros de serviços de saúde ocupacional hospitalar [tese]. Ribeirão Preto (SP): Doutorado em Enfermagem/USP; 2013.
27. Silva FJCP. Ambiente hospitalar: acidentes ocupacionais e a contaminação por hepatite B [dissertação]. Aracaju (SE): Universidade Tiradentes; 2008.
28. Nishide VM, Benatti MCC, Alexandre NMC. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. Rev Lat Am Enferm [Internet]. 2004 [acesso em 29 dez 2010]; 12(2):204-1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a09.pdf>
29. Câmara PF, Lira C, Santos BJ, Vilella TAS, Hinrichsen SL. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais da equipe multiprofissional de um hospital. Rev Enfermagem UERJ. 2001; 19(4):583-6.
30. Machado MRM, Machado FA. Acidentes com material biológico em trabalhadores de enfermagem do Hospital Geral de Palmas (TO). Rev Bras Saúde Ocupacional. 2001; 36(124):274-81.
31. Hoffman J. Avaliar para promover: as setas do caminho. Porto Alegre: Mediação; 2001.

Enviado em: 10/03/2015

Aceito em: 15/05/2015

CARACTERIZAÇÃO FITOQUÍMICA E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE FÍSICO-QUÍMICA E MICROBIOLÓGICA DE AMOSTRAS DE CHÁ-VERDE COMERCIALIZADAS NO MUNICÍPIO DE CATANDUVA-SP

PHYTOCHEMICAL CHARACTERIZATION AND EVALUATION OF PHYSICO-CHEMICAL AND MICROBIOLOGICAL QUALITY OF GREEN TEA SAMPLES MARKETED IN CATANDUVA-SP

CARACTERIZACIÓN FITOQUÍMICO Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD FÍSICA, QUÍMICA Y MICROBIOLÓGICA EN MUESTRAS DE TÉ VERDE VENDIDAS EN CATANDUVA-SP

Giovanna Alves de Araújo Braga*, Eduardo Hortolan*, Marcos Vinícius Coelho*, Jéssica Janaína Simiel*, Andréia de Haro Moreno**

Resumo

Introdução: O chá-verde (*Camellia sinensis*) consiste em uma das plantas medicinais mais consumidas atualmente. Originário da China, o chá-verde é cultivado e consumido em mais de 160 países devido ao aroma, sabor e propriedades medicinais, há mais de 50 anos. Apresenta em sua composição flavonoides e taninos com propriedades medicinais. Com o crescimento do consumo dessa bebida o seu uso foi transformado em um problema de Saúde Pública, devido à possibilidade de acesso a produtos sem adequadas condições de qualidade pela falta de fiscalização. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de amostras de chá-verde comercializadas no município de Catanduva-SP. **Material e Método:** Foram realizados testes físico-químicos e microbiológicos, além da caracterização fitoquímica, conforme descritos na Farmacopeia Brasileira. **Resultados:** Os resultados mostraram que mais de 50% das amostras analisadas de chá-verde não poderiam ser comercializadas, pois apresentaram falhas durante o processamento. Além disso, muitas amostras não indicaram a presença de componentes importantes que caracterizam as propriedades do chá-verde. **Conclusão:** Tal fato torna necessária maior atenção na produção e uma fiscalização rigorosa para garantir a qualidade das drogas vegetais comercializadas e a saúde do consumidor.

Palavras-chave: *Camellia sinensis*. Controle de qualidade. Chá-verde.

Abstract

Introduction: The green tea (*Camellia sinensis*) is one of the most widely consumed medicinal plants. Originally from China, the green tea is grown and consumed in more than 160 countries due to its aroma, flavor and medicinal properties for over 50 years. It presents in its composition flavonoids and tannins with medicinal properties. With the growth of the consumption of this drink its use was transformed into a public health problem because of the possibility of access to products without adequate quality conditions by the lack of supervision. **Objective:** This study aimed to evaluate the quality of green tea samples commercialized in the city of Catanduva-SP. **Methods:** physical, chemical and microbiological tests were carried out in addition to the phytochemical characterization, as described in the Brazilian Pharmacopoeia. **Results:** The results showed that more than 50% of green tea samples could not be marketed because they presented failures during processing. Moreover, many samples did not indicate the presence of important components that characterize the properties of green tea. **Conclusion:** This fact becomes greater attention needed in the production and close monitoring to ensure the quality of commercialized herbal drugs and consumer health.

Keywords: *Camellia sinensis*. Quality control. Green tea.

Resumen

Introducción: El té verde (*Camellia sinensis*) es una de las plantas medicinales más consumidas hoy en día. Originario de China, el té verde es cultivado y consumido en más de 160 países por el aroma, sabor y propiedades medicinales, más de 50 años. Presenta en su composición flavonoides y taninos con propiedades medicinales. Con el crecimiento del consumo de la bebida su uso se ha transformado en un problema de salud pública, debido a la posibilidad de acceso a los productos sin las condiciones adecuadas la falta de supervisión de la calidad. **Objetivo:** Este estudio pretende evaluar la calidad de las muestras de té verde comercializados en el municipio de Catanduva-SP. **Material y Método:** Pruebas físico-químicas fueron controles realizados y microbiológicos, además la caracterización fitoquímica, como se describe en la farmacopea. **Resultados:** Los resultados mostraron que más de 50 de la muestras analizadas de la té verde no se podían vender porque falló durante e proceso. Además muchas muestras no indicaron la presencia de componentes importantes que caracterizan las propiedades del té verde. **Conclusión:** Acerca de hecho hace necesaria mayor atención en la producción y estricta supervisión para asegurar la calidad de hortalizas comercializados medicamentos y la salud del consumidor.

Palabras clave: *Camellia sinensis*. Control del calidad. Té verde.

* Acadêmicos do 4º ano do curso de Biomedicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

** Farmacêutica, mestre em Ciências Farmacêuticas e doutora em Análise e Controle de Medicamentos pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas – UNESP, Araraquara-SP. Docente do curso de Biomedicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: ahmoreno@bol.com.br

INTRODUÇÃO

A procura por plantas medicinais tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, seja pelo fácil acesso em função da possibilidade de cultivo pelo próprio consumidor, seja pela comercialização da planta fresca ou seca, em mercados livres, a custos inferiores aos dos medicamentos industrializados. Outro motivo encontra-se no apelo convidativo ao “produto natural”, que deve ser visto com reservas, uma vez que se conhecem a complexidade de sua composição e a possibilidade de produzir reações adversas, à semelhança de qualquer medicamento alopático, inclusive podendo levar à hipersensibilidade a qualquer componente da espécie vegetal utilizada¹.

Dentre as plantas medicinais mais consumidas atualmente destaca-se o chá-verde. Originário da China, o chá-verde (*Camellia sinensis*) é cultivado e consumido pelas suas características de aroma, sabor e propriedades medicinais em mais de 160 países, especialmente asiáticos, há mais de 50 anos. No Brasil, o arbusto é cultivado principalmente na região do Vale do Ribeira no estado de São Paulo, onde é utilizado para fazer chá preto².

A *C. sinensis* é uma planta perene do tipo arbustiva, sendo que o seu cultivo se dá preferencialmente por meio de estacas. A estaca para reprodução deve possuir uma folha desenvolvida e sua respectiva gema auxiliar com três e quatro centímetros².

Os chás de *C. sinensis* podem ser classificados em três tipos básicos: preto, verde e amarelo, diferenciando-se pelo beneficiamento das folhas. Para o preparo do chá preto, as folhas são fermentadas. Para o preparo do chá-verde, as folhas são apenas escaldadas e fervidas para garantir a preservação da cor. Os chás amarelos (*oolong*) encaixam-se numa categoria intermediária: passam por um processo de fermentação mais brando e, por isso, têm aroma menos acentuado do que os pretos³⁻⁵.

No Ocidente o consumo do chá-verde vem crescendo, devido principalmente à divulgação de suas propriedades funcionais. Dos três tipos de chás, o chá-verde é o mais rico em compostos com atividades funcionais^{6,7}.

Diversos estudos têm mostrado os benefícios do consumo de chá-verde, incluindo redução dos níveis de colesterol, atividades imunoestimulatória, antimicrobiana e antioxidante, auxiliando na prevenção de doenças crônico-

degenerativas, como o câncer e doenças cardiovasculares^{8,9}.

As propriedades funcionais do chá-verde são devidas ao seu conteúdo em polifenólicos, responsáveis pela ação antioxidante, dentre outras¹⁰. Os antioxidantes atuam em diferentes níveis na ação protetora do organismo, sendo o primeiro mecanismo descrito através da inibição da formação dos radicais livres^{11,12}. O segundo mecanismo descreve como ação antioxidante a capacidade destas substâncias de interceptar os radicais livres gerados pelo metabolismo celular ou por fontes exógenas e, assim, impedem o ataque dos mesmos sobre os lipídios, proteínas e as bases de DNA, evitando desse modo a formação de lesões e perda da integridade celular¹³.

O consumo crescente do chá-verde, assim como de outras drogas vegetais, chama a atenção para a qualidade das matérias-primas de origem vegetal e dos produtos fitoterápicos, uma vez que a mesma depende de um grande número de fatores que envolvem todo o processo produtivo.

As condições do meio ambiente, no plantio, atuam sobre a biossíntese de metabólitos secundários ou princípios ativos de origem vegetal, levando às diferenças quali e quantitativas, verificadas na composição das drogas vegetais, tendo como consequência a influência direta no efeito farmacológico esperado¹.

As etapas de coleta e secagem são críticas para a estabilidade dos princípios ativos e uniformidade das drogas vegetais. Atualmente, as limitações referentes à coleta estão sendo solucionadas, tendo em vista a possibilidade de cultivo de espécimes vegetais geneticamente manipuladas, possibilitando a coleta no momento mais adequado e a secagem mecanizada, antes que ocorra a degradação enzimática e microbiana dos princípios ativos, o que não se verifica na coleta de plantas nativas, em que o transporte e as condições climáticas desfavoráveis ainda influem desfavoravelmente¹⁴.

O aumento da demanda, a falta de fiscalização sanitária efetiva e de especificações farmacopeicas adequadas para verificação da qualidade de drogas vegetais e preparações derivadas são fatores que contribuem para disponibilidade e acesso a produtos muitas vezes sem condições adequadas ao uso, sem garantia da qualidade, segurança e eficácia, fundamental para a recuperação e preservação da saúde, representando grave problema de saúde pública¹⁵.

Por ser o chá-verde uma das bebidas mais consumidas do mundo, há a necessidade de estudos mais completos sobre controle de qualidade acerca das preparações e matérias-primas comercializadas¹⁶.

Tendo em vista que a má qualidade de um produto fitoterápico ou droga vegetal pode comprometer a sua eficácia, além de oferecer riscos à saúde do consumidor, o presente estudo teve como propósito realizar testes em laboratório para identificar as características fitoquímicas e a qualidade dos produtos comercializados.

OBJETIVOS

Avaliar a qualidade de amostras de *Camellia sinensis* comercializadas no município de Catanduva-SP.

MATERIAL E MÉTODO

Obtenção das amostras

Foram analisadas seis amostras de *C. sinensis* (chá-verde) secas e rasuradas de diferentes fabricantes, comercializadas em farmácias de manipulação e feiras livres localizadas em diferentes bairros do município de Catanduva, estado de São Paulo, identificadas como amostras 1, 2, 3, 4, 5 e 6.

Análises de controle de qualidade físico-químico

Caracterização macroscópica

Foram pesados 10g de cada amostra, as quais foram dispostas sobre papel em uma superfície plana. Cada amostra foi avaliada visualmente quanto às suas características macroscópicas descritivas¹⁷.

Determinação de material estranho

Foram pesados 10g de cada amostra, as quais foram dispostas sobre papel em uma superfície plana. O material estranho encontrado nas amostras foi separado manualmente com auxílio de uma pinça, primeiramente a olho nu e, em seguida, com auxílio de uma lente de aumento. Pesou-se a quantidade de material estranho separado e foi realizado o cálculo da porcentagem de material estranho com base no peso inicial da amostra¹⁷.

Determinação do teor de umidade

Para a realização da análise, foram pesados 5g de cada amostra e transferidos para béqueres previamente dessecados a 110°C e identificados. Em seguida, os

béqueres foram levados à estufa de secagem (Quimis) a 60°C até peso constante. Após o arrefecimento em dessecador, os béqueres foram retirados e novamente pesados. Foi calculada a porcentagem de umidade em relação à massa da droga vegetal^{17,18}. Essa análise foi realizada em triplicata.

Determinação do teor de cinzas totais

O método utilizado para determinação do teor de cinzas totais foi adaptado da Farmacopeia Brasileira¹⁷. Para este procedimento, primeiramente, os cadinhos de porcelana foram colocados em mufla (Quimis) a 450°C, durante 30min. Os mesmos foram resfriados em dessecador e tiveram as respectivas massas determinadas em balança analítica.

Foram tomados exatamente 3,0g de cada amostra, os quais foram transferidos para os cadinhos previamente tarados. Os mesmos foram incinerados em mufla aquecida a 450°C durante 2h. Em seguida, os cadinhos foram resfriados em dessecador e foi realizada a determinação da massa dos mesmos até a obtenção de valores de peso constantes. Foi calculada a porcentagem das cinzas totais em relação à massa da droga vegetal. A análise foi realizada em triplicata^{17,18}.

Análise fitoquímica preliminar

Obtenção dos extratos

Por ser o chá-verde consumido na forma de infusão (extrato aquoso), foram pesados 10g de cada amostra e submetidas à infusão com água destilada em ebulição durante 10 minutos¹⁹. Após esse período, os extratos aquosos foram filtrados e armazenados em frascos de vidro devidamente identificados, sendo os extratos utilizados na realização das análises fitoquímicas.

Análise fitoquímica

Para análise fitoquímica das amostras foram realizados os testes clássicos de identificação de taninos (reações de cloreto férrico, acetato neutro de chumbo e acetato de cobre) e de flavonoides (reação de Shinoda, reação de cloreto de alumínio, reação de hidróxido de sódio e reação de cloreto férrico), conforme descrito na literatura^{20,21}.

a) Reação com cloreto férrico: foi transferido 1mL do extrato aquoso para um tubo de ensaio e adicionados

5mL de água destilada e 1 gota de solução aquosa de cloreto férrico 2%, escorrendo-se pelas paredes do tubo. A formação de precipitado ou o aparecimento de coloração preta, verde ou azul confirma a presença de taninos. Já o desenvolvimento de coloração verde, amarelo-castanho ou violeta confirma a presença de flavonoides.

b) Reação com acetato neutro de chumbo: foi transferido 1mL do extrato aquoso (diluído na proporção 1:5 com água destilada) para um tubo de ensaio e adicionadas 2 gotas de solução aquosa de acetato neutro de chumbo a 10%. A formação de precipitado castanho avermelhado volumoso e denso confirma a presença de taninos.

c) Reação com acetato de cobre: foi transferido 1mL do extrato aquoso (diluído na proporção 1:5 com água destilada) para um tubo de ensaio e adicionadas 2 gotas de solução aquosa de acetato de cobre a 5%. A formação de um precipitado castanho avermelhado confirma a presença de taninos.

d) Reação de Shinoda: foram transferidos 5mL do extrato aquoso para um tubo de ensaio contendo alguns fragmentos de magnésio metálico e foi adicionado 1mL de ácido clorídrico. O desenvolvimento de coloração rósea-avermelhada indica a presença de flavonoides; violeta indica a presença de flavanonas e laranja indica a presença de flavonas.

e) Reação com cloreto de alumínio: sobre um papel de filtro foram demarcadas duas áreas A e B e depositadas em cada uma delas algumas gotas do extrato aquoso. Após secagem, foi adicionada em uma das áreas uma gota de solução etanólica de cloreto de alumínio a 5%. Após evaporação do etanol, as duas áreas foram observadas frente à luz ultravioleta. O desenvolvimento de aspecto fluorescente indica a presença de flavonoides.

f) Reação com hidróxido de sódio: foram transferidos 5mL do extrato aquoso (diluído na proporção 1:5 com água destilada) para um tubo de ensaio e adicionadas 2 gotas de solução aquosa de NaOH a 5%. O desenvolvimento de coloração amarela em diferentes intensidades confirma a presença de flavonoides.

Análise de controle de qualidade microbiológico

Na análise microbiológica foram realizados os seguintes ensaios: contagem do número total de micro-organismos, pesquisa de *Salmonella sp*, *Escherichia coli*

e pesquisa de bactérias gram-negativas de acordo com a Farmacopeia Brasileira¹⁷.

Contagem total de micro-organismos aeróbios viáveis

A técnica utilizada na contagem total de micro-organismos foi a de semeadura em profundidade (*Pour Plate*). Foi transferido, assepticamente, 1g de cada amostra para um tubo de ensaio contendo 9mL de solução fisiológica estéril, para a contagem dos micro-organismos totais. A diluição 1:10 foi homogeneizada e transferidas alíquotas de 1mL para três placas de Petri, sobre as quais foram adicionados 20mL de ágar nutriente (contagem de bactérias). Alíquotas de 1mL da diluição 1:10 também foram transferidas para outras três placas de Petri, sobre as quais foram adicionados 20mL de ágar *Sabouraud* (contagem de fungos ou leveduras). As placas foram homogeneizadas em "S" ou "8" e após solidificação dos meios, as mesmas foram incubadas em estufa a 35°C por 2-5 dias e a 25°C por 7-10 dias, para a pesquisa de bactérias e fungos, respectivamente. Após este período, foi realizada a contagem do número de colônias, calculando o número de Unidades Formadoras de Colônias (UFC) por grama da amostra.

Pesquisa de patógenos específicos

As colônias desenvolvidas na contagem total de bactérias foram submetidas ao ensaio de coloração de Gram. Para tanto, repiques de cada colônia foram suspensos assepticamente em solução fisiológica estéril para posterior realização da técnica de coloração de Gram^{17,18}.

RESULTADOS

Os resultados obtidos na avaliação da qualidade física, química e microbiológica, além da caracterização fitoquímica das amostras, estão apresentados a seguir.

Análise de controle de qualidade físico-químico Caracterização macroscópica

Na caracterização macroscópica das amostras, os resultados indicaram aspecto de folhas secas e rasuradas (amostras 1, 2 e 3), folhas inteiras e pouco rasuradas (amostra 4), folhas trituradas e moídas (amostra 5) e folhas pulverizadas (amostra 6). Todas apresentaram cor

e odor característicos, de acordo com as especificações da literatura.

Determinação de material estranho

Os resultados obtidos na determinação de material estranho (Tabela 1) indicaram a presença de pequenos fragmentos de telha, pedras, linhas de algodão apenas nas amostras 2 e 3. As demais não apresentaram material estranho.

Teor de umidade e determinação de cinzas totais

Os resultados dos testes de teor de umidade e determinação de cinzas totais foram apresentados em porcentagem (média e desvio padrão) na Tabela 1.

Tabela 1 - Resultados obtidos nas análises de controle de qualidade físico-químico realizadas para as amostras de *C. sinensis* (chá-verde). Resultados expressos com média ± DP (n=3)

Amostras	Material estranho	Teor de umidade (%)	Teor de cinzas totais (%)
1	caules	1,82 ← 0,02	6,45 ← 0,68
2	caules	2,03 ← 0,72	9,13 ← 0,17
3	linhas, pedras, inseto	1,70 ← 0,34	14,3 ← 0,31
4	ausente	2,34 ← 0,05	4,59 ← 0,65
5	ausente	2,10 ← 0,18	5,27 ← 0,43
6	ausente	2,87 ← 0,04	2,27 ← 0,53

Análise fitoquímica preliminar

Os resultados obtidos na realização da análise fitoquímica preliminar para a determinação de taninos e flavonoides estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Análise fitoquímica preliminar de amostras de *C. sinensis* (chá-verde)

Classes químicas	Reações	Amostras					
		1	2	3	4	5	6
Taninos	Cloreto férrico	+	+	+	-	-	+
	Acetato neutro de chumbo	+	-	-	-	-	+
	Acetato de cobre	-	+	-	-	+	+
Flavonoides	Shinoda	+	+	-	+	+	+
	Cloreto de alumínio	+	+	+	+	+	+
	Hidróxido de sódio	+	+	+	+	+	+
	Cloreto férrico	-	+	+	+	+	+

Análise de controle de qualidade microbiológico

Na Tabela 3 são apresentados os resultados do controle microbiológico para contagem total de bactérias aeróbias, contagem total de fungos e leveduras e pesquisa de patógenos específicos, de acordo com os limites permitidos pela Farmacopeia Brasileira¹⁷.

Tabela 3 - Análise microbiológica de amostras de *C. sinensis* (chá-verde)

Testes realizados	Especificação	Amostras					
		1	2	3	4	5	6
Contagem de bactérias aeróbias	↑107 UFC/g	< 10 ⁷					
Contagem de fungos e leveduras	↑104 UFC/g	> 10 ⁴	> 10 ⁴	> 10 ⁴	< 10 ⁴	> 10 ⁴	< 10 ⁴
Bactérias Gram negativas	↑104 UFC/g	< 10 ⁴					
<i>Escherichia coli</i>	↑102 UFC/g	< 10 ₂					
<i>Salmonella sp</i>	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente

DISCUSSÃO

A realização do controle de qualidade físico-químico e microbiológico é de extrema importância para assegurar a qualidade e a integridade de amostras vegetais, uma vez que as mesmas podem apresentar com maior frequência alterações nas suas características originais, devido à exposição a fatores como luz, temperatura e umidade. Essas alterações podem afetar seus constituintes químicos e acarretar contaminação microbiológica acima dos limites estabelecidos^{1,14}.

Na caracterização macroscópica todas as amostras apresentaram-se de acordo, com cor e odor característicos²². Quanto ao aspecto, as amostras apresentaram-se como folhas secas rasuradas.

Na determinação de material estranho foram considerados os talos, partes de outras espécies e outros tipos de materiais, uma vez que nas embalagens das amostras analisadas estava especificado chá-verde folhas. Os resultados desta análise trazem uma preocupação em relação à saúde dos usuários do chá-verde, pois a análise revelou que 85% das amostras apresentaram excesso de material estranho como caules, que podem não conter os mesmos componentes fitoquímicos presentes nas folhas, podendo assim prejudicar a ação terapêutica do chá; fragmentos de pedras e partes de insetos, indicando a falta de higiene no preparo da droga vegetal²². A Farmacopeia Brasileira¹⁷ preconiza o limite máximo de 2% de material estranho. Somente as amostras 5 e 6 apresentaram limite inferior a 2% de material estranho, sendo que na amostra 3 esse valor chegou a 50,3%. Os índices superiores ao permitido podem ser resultados de manejo, limpeza e separação inadequada, sendo um problema frequente nos produtos à base de plantas medicinais comercializados no Brasil²³.

Analisando os resultados obtidos na determinação do teor de umidade, as sete amostras analisadas estão

em conformidade com a especificação exigida para o teor de umidade de drogas vegetais (Tabela 2), de 8 a 14% (m/m)¹⁷, apresentando assim um risco menor de crescimento microbiano. A água residual encontrada na droga vegetal seca sugere que as condições de armazenamento são inadequadas, pois o ambiente úmido pode acarretar a perda do material por contaminação microbiana ou degradação dos constituintes químicos¹.

Pode-se observar pela Tabela 2 que os resultados obtidos na determinação do teor de cinzas totais para as amostras 2 e 3 não estão de acordo com os valores preconizados pela legislação, sendo no máximo 8% para cinzas totais²⁴. A determinação do teor de cinzas totais consiste em um importante parâmetro de qualidade por indicar adulterações, pois avalia a presença de resíduos inorgânicos não voláteis como areia, pedra e terra²⁵.

A análise fitoquímica tem por objetivo conhecer os constituintes químicos de espécies vegetais ou avaliar a sua presença. Quando não se dispõe de estudos químicos sobre a espécie de interesse, a análise fitoquímica preliminar pode indicar os grupos de metabólitos secundários relevantes na mesma¹⁴. Os flavonoides e taninos são componentes importantes na constituição das folhas e brotos da *C. sinensis*, tendo grande importância na sua atividade biológica. De acordo com a Tabela 2, os resultados obtidos na análise fitoquímica das amostras foram satisfatórios para a presença de flavonoides, indicando resultado positivo em todas as

análises realizadas. Já na caracterização fitoquímica para a determinação de taninos, as amostras 3, 4 e 5 não se mostraram adequadas, com nenhuma reação de identificação positiva.

A análise microbiológica visa assegurar o consumo de produtos de boa qualidade, ou seja, isentos de micro-organismos patogênicos ou potencialmente prejudiciais, permitindo um número limite de micro-organismos aceitáveis, assegurando qualidade microbiológica da droga vegetal¹⁴.

A Tabela 3 permitiu observar que nenhuma amostra apresentou crescimento acima do limite para bactérias aeróbias ou presença de patógenos específicos, porém as amostras 1, 2, 3 e 5 apresentaram crescimento de fungos acima das especificações, indicando falhas no processo de higienização e também a manipulação inadequada da planta²².

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos conclui-se que cerca de 50% das amostras de chá-verde analisadas não poderiam ser comercializadas, pois apresentaram falhas durante o processamento. Além disso, muitas amostras não apresentavam a presença de componentes importantes que caracterizam as propriedades do chá-verde. Tal fato torna necessária maior atenção na produção e uma fiscalização rigorosa para garantir a qualidade das drogas vegetais comercializadas e a saúde do consumidor.

REFERÊNCIAS

1. Gil ES. Controle físico-químico de qualidade de medicamentos. 2ª ed. São Paulo: Pharmabooks; 2007.
2. Blanco AR. Os benefícios do chá-verde (*Camellia sinensis*) [Internet]. 2011 [citado 2011 fev 20]. Disponível em: <http://jardimdeflores.com.br/sinergia/S08chaverde.htm>
3. Pozza VM. Controle de qualidade de cápsulas de chá-verde manipuladas no município de Francisco Beltrão (PR). Rev Salus Guarapuava (PR). 2009; 3(1):15-9.
4. Senger AEV, Schwanke CHA, Bottlieb MG. Green tea (*Camellia sinensis*) and its functional properties on transmissible chronic diseases. Sci. Med. 2010; 20(4):292-300.
5. Schmitz W, Saito AY, Estevão D, Saridakis HO. Green tea as a chemoprotector. Semina Ciênc Biol Saúde. 2005; 26(2):119-30.
6. Potrickos R, Kletcke V, Locatelli C, Zancanaro V, Santos P. Determinação de fenóis totais em infusões aquosas de chá-verde (*Camellia sinensis*) e de erva mate (*Ilex paraguariensis*) preparadas na forma de chimarrão. RIES. 2013; 2(1):27-38.
7. Saigg NL, Silva MC. Efeitos da utilização do chá-verde na saúde humana. Universitas Ciênc Saúde. 2009; 7(1):69-89.
8. Maliakal PP, Coville PF, Wanwimolruk S. Tea consumption modulates hepatic drug metabolizing enzymes in Wistar rats. J Pharm Pharmacol. 2001; 53:569-77.
9. Miyazawa T. Absorption, metabolism and antioxidative effects of tea catechin in humans. Biofactors. 2000; 13:55-9.
10. Park OJ, Surh YJ. Chemopreventive potential of epigallocatechingallate and genistein: evidence from epidemiological and laboratory studies. Toxicol Letters. 2004; 150:43-6.
11. Rice-Evans CA, Miller NJ, Paganga G. Structure-antioxidant activity relationships of flavonoids and phenolic acids. Free Radical Biol Medicine. 1996; 20:933-56.
12. Skrzydlewska E, Ostrowska J, Farbiszewski R, Michalak K. Protective effect of green tea against lipid peroxidation in the rat liver, blood serum and the brain. Phytomedicine. 2002; 9(3):232-8.
13. Su YL, Leung LK, Huang Y, Chen ZY. Stability of tea theaflavins and catechins. Food Chem. 2003; 83(2):189-95.
14. Simões CMO, Schenkel EP, Gosmann, Mello, JCP, Mentz Petrovick LA, PR. Farmacognosia: da planta ao medicamento. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 1999.

15. Bugno A, Buzzo AA, Nakamura CT, Matos TCD, Pinto TJA. Avaliação da contaminação microbiana em drogas vegetais. Rev Bras Cienc Farm. 2005; 41(4):491-7.
16. Melo J, Martins SDGR, Amorim ELC, Albuquerque UP. Qualidade de produtos a base de plantas medicinais comercializadas no Brasil: castanha-da-india (*Aesculushippocastanum* L.), capim-limão (*Cymbopogon citratus* (DC.) Stapf) e centela (*Centella asiática* (L.) Urban). Acta Bot Bras. 2007; 21(1):27-36.
17. Farmacopeia brasileira. 5ª ed. Brasília: ANVISA; 2010.
18. USP Pharmacists' Pharmacopeia. The United States Pharmacopeial Convention. Rockville; 2005.
19. Nishiyama MF, Costa MAF, Costa AM, Souza CGM, Boer CG, Bracht CK, et al. Chá verde brasileiro (*Camellia sinensis* var *assamica*): efeitos do tempo de infusão, acondicionamento da erva e forma de preparo sobre a eficiência de extração dos bioativos e sobre a estabilidade da bebida. Cienc Tecnol Aliment. 2010; 30(Suppl 1):191-6.
20. Mouco G, Bernardino MJ, Cornélio ML. Controle de qualidade de ervas medicinais. Biotecnol Cienc Desenvolv. 2003; 31:68-73.
21. Barbosa WLR. Manual para análise fitoquímica e cromatográfica de extratos vegetais. Rev Científica UFPA [Internet]. 2004 [acesso em 2014 out 10]. Disponível em: <http://ufpa.br/rcientifica>
22. Nascimento FS, Taveira CC. Avaliação da qualidade de amostras de *Camellia sinensis* (L.) Kuntze (chá-verde) comercializadas no Distrito Federal – Brasil. Anu Prod Inic Cient Disc. 2010;13(17):63-80.
23. Amaral FMM, Coutinho DF, Ribeiro MNS, Oliveira MA. Avaliação da qualidade de drogas vegetais comercializadas em São Luiz. Rev Bras Farmacogn. 2003; 13(supl.1):27-30.
24. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 519, de 26 de junho de 1998. Dispõe sobre o regulamento técnico para fixação de identidade e qualidade de “chás – Plantas destinadas à preparação de infusões ou decocções”. Diário Oficial da União, 29 jun. 1998.
25. Pinto TJA, Kaneko TM, Pinto AF. Controle biológico de qualidade de produtos farmacêuticos, correlatos e cosméticos. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2010.

Enviado em: 21/02/2015

Aceito em: 10/04/2015

COMO A DOR E O SOFRIMENTO DO PACIENTE ONCOLÓGICO AFETAM O MÉDICO NO PROCESSO DE TRATAMENTO¹

AS THE PAIN AND SUFFERING OF ONCOLOGICAL PATIENTS AFFECT THE DOCTOR IN THE TREATMENT PROCESS

COMO EL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO AFECTA EL DOCTOR EN EL PROCESO DE TRATAMIENTO

Ligia Adriana Rodrigues*, Erica Lourenço Moraes**, Juliana Raquel Betoschi**, Cristiane Paschoa Amaral***

Resumo

Introdução: A prática da medicina oncológica tem sido permeada por dilemas e angústias. Toda relação médico-paciente é sustentada por um atendimento estabelecido por encontros, conversas e afetos e atravessada por conflitos que envolvem os processos de subjetivação. A dor e o sofrimento em oncologia têm características próprias; para pacientes oncológicos a dor tende a ser contínua e se agrava à medida que o câncer evolui, podendo levar à exaustão - tanto física quanto mental -, e ampliar o processo de sofrimento. O tema dor geralmente mostra-se negligenciado por educadores da área da saúde responsáveis pela formação de futuros profissionais, e a problemática que envolve a relação médico-paciente também não é satisfatoriamente abordada nos currículos médicos, impossibilitando a redução de danos à saúde mental do profissional e dificultando a referida relação. **Objetivo:** Investigar como a dor e o sofrimento de pacientes oncológicos afetam o médico, enquanto pessoa, durante o processo de tratamento. **Material e Método:** Pesquisa qualitativa e exploratória, realizada a partir de entrevistas com profissionais médicos que atuam em oncologia, em uma cidade do interior de São Paulo. **Resultados:** Foram identificadas diversas dificuldades no processo de formação e na atuação do médico na área de oncologia, o que evidencia a relevância do trabalho, visto que a subjetividade do profissional médico merece ser considerada na construção de currículos e projetos de ensino nos cursos de medicina com a mesma relevância que a objetividade técnica. **Conclusão:** Esta pesquisa aponta para a necessidade de reflexão sobre as condições de trabalho, as vicissitudes e os sofrimentos a que os médicos estão submetidos na assistência ao paciente oncológico e certifica a importância em oferecer suporte emocional a esses profissionais.

Palavras-chave: Dor e sofrimento. Paciente oncológico. Formação médica.

Abstract

Introduction: The practice of cancer medicine has been permeated by dilemmas and anxieties. Every doctor-patient relationship is supported by a service established by meetings, conversations and feelings and crossed by conflicts involving subjective processes. The pain and suffering in oncology have their own characteristics; for cancer patients the pain tends to be continuous and worsens as the cancer develops and may lead to exhaustion - both physical and mental - and extend the grieving process. The theme of pain, usually shows up neglected by health educators responsible for training future professionals, and the issues involving the doctor-patient relationship is also not satisfactorily addressed in medical curricula, making it not impossible to reduce the mental health damage professional and hindering the relationship. **Objective:** To investigate how the pain and suffering of cancer patients affect the doctor as a person during the treatment process. **Material and Method:** The method used was qualitative exploratory study, conducted from interviews with medical professionals working in oncology, in a city of São Paulo. **Results:** As a result, we identified several difficulties in the formation and in the doctor's role in oncology, highlighting the relevance of the work, as the subjectivity of the medical professional deserves to be considered in the construction of curricula and teaching projects in courses medicine with the same importance that technical objectivity. **Conclusion:** This study points to the need for reflection on working conditions, the vicissitudes and suffering what doctors are subject in assistance to cancer patients and certifies the importance to provide emotional support to these professionals.

Keywords: Pain and suffering. Oncological patients. Medical training.

Resumen

Introducción: La práctica de la medicina del cáncer se ha permeado por dilemas y ansiedades. Cada relación médico-paciente se sustenta por un servicio establecido por encuentros, conversaciones y sentimientos y está atravesada por los conflictos que involucran procesos subjetivos. El dolor y el sufrimiento en oncología tienen sus propias características; para pacientes con cáncer el dolor tiende a ser continuo y es agravada a medida que el cáncer se desarrolla y puede llevar al agotamiento - tanto física como mental, y ampliar el proceso de sufrimiento. El tema dolor aparece a menudo descuidado por los educadores de la salud responsables de la formación de los futuros profesionales, y los problemas que afectan a la relación médico-paciente también son abordados de manera insatisfactoria en el plan de estudios de medicina, por lo que es imposible reducir el daño a la salud mental de los profesionales y dificulta esa relación. **Objetivo:** Investigar cómo el dolor y el sufrimiento de los pacientes de cáncer afectan al médico, como una persona, durante el proceso de tratamiento. **Material y Método:** Investigación cualitativa y exploratoria, realizada mediante entrevistas con los profesionales médicos que trabajan en oncología, en una ciudad en el interior de São Paulo. **Resultados:** Se identificaron varias dificultades en la formación y en el papel del médico en oncología, destacando la relevancia de la obra, dado que la subjetividad del profesional médico merece ser

¹ Trabalho realizado no curso de Psicologia do Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva (IMES-Catanduva).

* Psicóloga pela UNESP-Assis, Mestre em Educação pela UFSCar, docente no curso de Medicina das FIPA-Catanduva. Contato: ligia_ligia2@hotmail.com

** Psicólogas graduadas pelo Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva (IMES-Catanduva).

*** Psicóloga pela UFSCar, Mestre em Engenharia de Produção pela UFSCar, docente e coordenadora no curso de Psicologia do IMES-Catanduva e docente das FIPA-Catanduva.

considerado en la construcción de planes de estudio y de proyectos de enseñanza en cursos de medicina con la misma relevancia que la objetividad técnica. Conclusión: Esta investigación apunta a la necesidad de reflexión sobre las condiciones de trabajo, las vicisitudes y sufrimientos lo que los médicos están sujetos en la asistencia a los pacientes con cáncer y certifica la importancia en proporcionar apoyo emocional a estos profesionales.

Palabras clave: Dolor y sufrimiento. Pacientes com câncer. Formação médica.

INTRODUÇÃO

A definição da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) aponta que "dor é uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada com lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos dessa lesão"¹. Pela ótica da psicossomática, o conceito de dor é mais amplo e marcado por uma experiência biopsicossocial que envolve significados próprios no espaço mental do indivíduo, bem como suas relações com o ambiente externo, com representações simbólicas particulares².

Basicamente, existem dois tipos de dor: agudas e crônicas, sendo a dor aguda associada a algum tipo de lesão corporal que tende a desaparecer assim que ocorra sua melhora; e a dor crônica considerada aquela que permanece por mais de seis meses ou vinculada a doenças crônicas, que causam dor contínua ou retornam em intervalos de meses ou anos³.

O sofrimento, por outro lado, é mais abrangente e complexo. Em caso de doença, é possível defini-lo como um sentimento de angústia, vulnerabilidade, perda de controle e ameaça à integridade do eu. É factível existir dor sem sofrimento e sofrimento sem dor. Ambos estão passíveis de serem tolerados em alguns níveis, desse modo seria utópico dizer que o alívio de todo sofrimento e dor seria um objetivo apropriado para o sistema de saúde, entretanto, a vulnerabilidade provocada pela doença exige uma resposta chamada "cuidado"³.

O sofrimento é quase sempre comparado com a dor devido a raízes culturais, históricas e religiosas. Fala-se de sofrimento e de dor concomitantemente em diversos âmbitos. O que se assemelha é a emoção negativa ou ameaçadora à própria vida. Assim, sofrimento não é dor, mas pode ser evocado pela mesma⁴. O sofrimento é muito mais amplo e complexo que a doença, e também profundamente enraizado na própria humanidade⁵. Um dos principais perigos em negligenciar a distinção entre dor e sofrimento, no contexto clínico, são as inclinações dos tratamentos se concentrarem somente nos sintomas físicos, como se fossem a única fonte de angústias para o paciente³.

A Oncologia Clínica refere-se à especialidade da Medicina envolvida no processo de diagnóstico e tratamento do câncer, prevenção da doença e reabilitação do paciente recuperado⁶. A dor no paciente oncológico tem características próprias; tende a ser contínua e se agrava na medida em que o câncer evolui, levando a pessoa a exaustão tanto física quanto mental. O quadro algico se faz presente em 68% dos pacientes com tumores avançados, cujos métodos de controle primário da dor envolvem cirurgias, radioterapia e quimioterapia, nas quais a atuação é diretamente no tumor. Pelo controle sistemático, utilizam-se analgésicos sistêmicos que bloqueiam e interferem nos mecanismos sensitivos e nervosos de condução da dor, controla-se a ansiedade e a depressão e faz-se uso de antibióticos e anti-inflamatórios que atuam em situações relacionadas ao quadro irreversível do câncer. Na abordagem da dor, em oncologia, inclui-se outro conceito, o de pessoa, no qual o indivíduo é compreendido como um ser que possui bom senso, sensibilidade, liberdade e família, o que implica que o tratamento da dor deve ser elaborado por uma equipe multiprofissional, e todos - equipes médica e de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, religiosos e outros, bem como o próprio paciente e sua família - devem participar do processo^{7,8}.

Estatísticas especificam a gravidade do câncer, validando os conteúdos simbólicos e imaginários que lhe são referidos, por ser o câncer uma doença geralmente relacionada à perda da integridade do indivíduo, às mutilações físicas e à finitude da vida. Quanto à doença, esses conteúdos simbólicos são, frequentemente, permeados de significantes que evocam imagens negativas e a ideia do tratamento associado à "linguagem militar", como um "período em estado de guerra", nas terapêuticas e tentativas de remissão da doença⁹.

Considera-se importante assinalar que, em oncologia, más notícias são transmitidas frequentemente, tanto no início quanto no estágio terminal da doença, demandando do profissional médico o aperfeiçoamento de habilidades para a comunicação de diagnósticos e de prognósticos difíceis. Os problemas nesse campo da

comunicação afetam a qualidade da relação médico-paciente, podendo causar expectativas ilusórias nos pacientes e familiares, e também provocar sofrimento ao médico. Os impedimentos pessoais que o médico encontra na abordagem e no enfrentamento da morte podem levar, inclusive, a ações de obstinação terapêutica, persistindo o médico em tratamentos curativos apesar do câncer já estar em fase terminal, quando seria adequada a indicação dos cuidados paliativos¹⁰. Para Nogueira-Martins¹¹ no trabalho de cuidar de pessoas os profissionais, ao formarem vínculos afetivos com seus pacientes, precisam encontrar formas de lidar com o impasse de ter um distanciamento afetivo que lhes permita cumprir a sua função e, ao mesmo tempo, se proteger.

A relação médico-paciente é permeada por conflitos envolvendo relações de poder e processos de subjetivação. O tipo de relação que se estabelece independe da racionalidade médica enquanto conhecimento técnico-científico e sustenta-se no desenvolvimento de escuta clínica e atendimento humanizado, orientados pelo tripé encontros-conversas-afetos¹². Segundo Campos¹³, "a relação profissional/cliente é concebida como intercâmbio entre um sujeito potente - geralmente o médico - e um objeto suposto de ser dócil e ativo apenas quando presta informações necessárias ao diagnóstico".

Sentimentos como empatia, afeição, antipatia, aversão, medo, compaixão, erotismo e outros sempre estarão presentes na relação médico-paciente, por mais que existam tentativas de distanciamento. A esse respeito, Araújo e colaboradores¹⁴ referem que considerar que o médico deva "gostar" ou "ser amigo" de seus pacientes, é uma forma de preconceito que reduz a relação médico-paciente a uma questão afetiva vazia, pois encobre outros mecanismos que a estabelecem e que produzem efeitos no indivíduo e na sociedade.

Sob a ótica da fenomenologia, o humano é compreendido enquanto ser no mundo - na condição de estar lançado sendo presença - e, nesse olhar, a busca do desvelamento de sua subjetividade deve considerá-lo em sua vivência (o "ser-em-sí"), ou seja, em sua existência. Na condição de ser no mundo, o homem se relaciona, no cotidiano, dentre as inúmeras possibilidades que se disponibilizam no mundo circundante, no mundo humano e no mundo próprio. O mundo circundante caracteriza-se pela possibilidade de adaptação que o ser humano tem de

se relacionar como ser-no-mundo (com todos os entes); o mundo humano caracteriza-se pela convivência com os outros; e, na relação com seu mundo próprio, o ser estabelece o autoconhecimento, definindo-se como pessoa pelas significações que as experiências representam para si. Assim, os acontecimentos presentes na vida e nas relações estabelecidas na existência singular de cada sujeito se definem pelo significado dessas experiências¹⁵.

Nas experiências vividas, uma das dificuldades enfrentadas pelos profissionais oncologistas se relaciona à particularidade de cada contexto e às consequências imprevisíveis de suas decisões frente a situações únicas, especialmente no momento de revelar informações acerca do câncer e sua evolução, pelos detalhes exclusivos de cada caso, de cada história, e das diferentes capacidades de respostas de todos os envolvidos, ou seja, médico, família e paciente⁹.

Até a década de 1990 a Psicologia Médica - construída no encontro entre a medicina e a psicologia, esteve limitada à relação médico-paciente, porém, a multiplicidade intrínseca ao campo gerou uma nova concepção, passando a estabelecer diálogo interdisciplinar sobre questões da medicina, como o conceito de saúde e o processo saúde-doença, abrangendo as intenções pessoais e a estruturação psíquica, ou seja, as características que constituem a personalidade humana que podem viabilizar e facilitar, ou não, essas relações¹⁶. A prática da medicina, especificamente na oncologia, é permeada por dilemas e angústias. Todavia, essa problemática não é satisfatoriamente abordada nos currículos médicos, impossibilitando a redução de danos da saúde mental do profissional médico, como também, dificultando a relação médico-paciente¹⁷. A subjetividade do profissional médico deve ser curricularmente considerada assim como a objetividade técnica.

Justifica-se, portanto, a pesquisa em questão, como forma de compreender os temas percorridos e produzir material acadêmico para auxiliar no cuidado com o profissional e com a relação entre este e seus pacientes. Bem como, potencializar estudos e práticas referentes a processos de enfrentamento de dor e sofrimento de pacientes oncológicos.

OBJETIVO

Investigar como a dor e o sofrimento de pacientes oncológicos afetam o médico, enquanto pessoa, durante o processo de tratamento.

MATERIAL E MÉTODO

Pesquisa qualitativa, exploratória. A pesquisa qualitativa visa proporcionar maior familiaridade com o problema investigado, com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o tema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão¹⁸.

O estudo foi realizado na cidade de Catanduva, interior do estado de São Paulo, junto ao Curso de Psicologia do Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva (IMES). A amostra, inicialmente, na definição do projeto, seria constituída apenas pela totalidade de profissionais médicos que atuam na área de oncologia clínica na referida cidade - totalizando três profissionais. Entretanto, mediante sugestão observada pelo analista do Comitê de Ética em Pesquisa, no parecer final, foram incluídos cinco residentes em medicina que atuam no Hospital Escola do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA). Para definir a amostra foi considerado o tipo de pesquisa em questão e a particularidade do estudo e não foram estipulados critérios de exclusão para gênero, idade e etnia. A coleta dos dados foi realizada nos próprios consultórios médicos (profissionais) e no hospital (residentes), com a finalidade de permitir maior conforto, privacidade e condições éticas aos entrevistados. Os sujeitos de pesquisa firmaram concordância com os termos da pesquisa por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), segundo consta a Resolução CNS 196/96.

As entrevistas foram desenvolvidas por meio de perguntas abertas e disparadoras, de maneira exploratória, buscando informações relacionadas ao tema pesquisado; as falas dos sujeitos foram gravadas e transcritas de forma integral e fiel. Os materiais coletados se beneficiaram das regras de sigilo e confiabilidade e todo processo foi realizado pelas alunas envolvidas com acompanhamento das docentes orientadoras, com início após a aprovação do CEP sob o número do CAAE 32809314.8.0000.5430.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da transcrição dos discursos foi efetuada a análise do material coletado, pelo método fenomenológico e, dessa forma, desvelados os temas emergentes das falas dos sujeitos. Posteriormente, o produto final da análise das

entrevistas foi relacionado com bibliografia referenciada nas áreas de Psicologia e Medicina, especialmente no que se refere à Psicologia Médica, Psicologia Fenomenológica-Existencial e áreas afins.

A estrutura de apresentação dos resultados obtidos, que serão discutidos na sequência, está organizada a partir dos temas eleitos, sendo estes: "Experiência pessoal e a escolha profissional por medicina e oncologia"; "A relação entre o sofrimento do paciente e a vivência emocional do médico: dificuldade em conviver com a dor no cotidiano profissional e manter-se imune ao sofrimento enquanto pessoa" e "As defesas e formas de proteção do profissional no contato com seu próprio sofrimento".

Os entrevistados serão identificados com letras e números, sendo os profissionais definidos como P1, P2 e P3 e os residentes como R1, R2, R3, R4 e R5.

Experiência pessoal e a escolha profissional por medicina e oncologia

A intenção de ser médico se inicia bem antes do estudante entrar para a faculdade, pela visão que cada pessoa traz consigo decorrente da vivência pessoal, de fatores culturais e pela imagem do médico construída pelos meios de comunicação de massa. Os fatores que levam o aluno a estudar medicina são de natureza múltipla. As motivações, conscientes e inconscientes, vão desde o prestígio social e o saber, até a atração pela responsabilidade e pelo dinheiro, passando pela necessidade de tornar-se útil e tratar os que sofrem¹⁹.

Escolhi medicina, desde o começo, quando eu estava no segundo colegial, nunca pensei em oncologia... [...] eu escolhi medicina porque eu gosto de ter contato com as pessoas e, é bem diferente todo dia, nunca é igual, cada paciente é um paciente, não tem rotina nenhuma (R3).

A família, com história e características próprias é um fator importante que ajuda ou dificulta no processo da escolha e na decisão do jovem. Assim, o sentimento de pertencimento à família e o processo de identificação, bem como o valor dado às profissões e a maneira como os dados familiares são elaborados e utilizados é essencial no processo da escolha profissional, pois é na família que a pessoa geralmente encontra suporte financeiro e emocional para a promoção do seu projeto²⁰.

Então, eu escolhi medicina, meu pai era médico, e eu sempre convivi com isso [...] acompanhava ele desde novo, e sempre gostei muito, nunca pensei em fazer outra coisa, nunca vi outra possibilidade na minha vida. E ele também era cirurgião, sempre acompanhei tudo, então, sempre tive uma tendência maior a gostar disso (R1).

O ponto de partida para a formação dos valores que os jovens têm de si mesmos e também para o entendimento de suas aptidões é a história familiar. Suas vivências e escolhas estão embasadas em modelos familiares que também influenciam no juízo de valores do indivíduo sobre a escolha profissional²¹.

O fato de ter escolhido essa especialidade, eu fiz ginecologia antes, e minha mãe teve câncer de mama. A mãe da minha mãe teve um tumor hepático. Então assim, eu estava no meu processo de formação, e vivenciei esses problemas. Dentro da ginecologia existe um leque enorme de subespecialidades, aí eu acabei escolhendo a mama, por grande influência da minha mãe, e o que ela vivenciou (P2).

Quanto à escolha da especialidade, situações conflituosas que surgem entre as expectativas dos estudantes e a realidade vivenciada durante o curso podem moldar cada indivíduo na escolha da área médica particular a seguir. Aliam-se a essas situações outros elementos, como a representação do poder e prestígio da medicina, que colocam a profissão como um símbolo de ascensão social. Talvez, um dos motivos principais relacionados à escolha profissional, nem sempre percebidos pelos próprios alunos²².

Fui fazer residência de cirurgia cardíaca. Sabe quanto durou? Sessenta dias. Eu entendi que não era bem aquilo, aquilo era um sonho, era um pouco romântico demais, perspectivas econômicas com cirurgia cardíaca não eram das melhores, ou necessidade de trabalhar sempre em grupo, num lugar grande. Eu queria merecer, fazer merecer o meu valor... Aí, como eu estava esperando o resultado do hospital AC Camargo, que é o hospital do câncer também da USP, aí saiu o resultado, eu entrei e fui pra lá, para o AC Camargo. Aí eu acredito que tenha tido dedinho de Deus porque... eu, eu não seria, não conseguiria ter previsto isso enquanto acadêmico, jamais [...] Na realidade, foi uma opção que aconteceu no curso, assim, no, no trajeto da minha vida como cirurgião é que aconteceu a escolha pela cirurgia oncológica né, não foi uma coisa pensada, nunca pensei em fazer isso como acadêmico, depois eu entendi que seria o melhor caminho, e como que um golpe de destino acabou dando muito certo, porque eu sou apaixonado pelo que eu faço (P1).

Muitos fatores, conscientes ou não, motivam um indivíduo a escolher Medicina, variando desde a influência da família e vocação profissional até o status social. Embora a escolha pela medicina também possa acontecer bem antes da entrada do estudante na faculdade, é no decorrer do curso de medicina que os estudantes assimilam a realidade e optam pela especialidade que vão seguir¹⁹.

A relação entre o sofrimento do paciente e a vivência emocional do médico: dificuldade em conviver com a dor no cotidiano profissional e manter-se imune ao sofrimento enquanto pessoa

É possível identificar nos discursos como os médicos são diretamente afetados pela rotina hospitalar, especialmente na área oncológica, no contato com pacientes considerados em estado grave a exigir maior dedicação e cuidados. Nos relatos dos residentes, estes ainda em processo de formação, tais dificuldades direcionam muito suas escolhas.

É um ambiente bem estressante e você acaba muitas vezes levando isso para o seu dia a dia, mesmo fora do hospital, mesmo em casa, mesmo em outros lugares, uma coisa meio cumulativa. [...] As principais dificuldades é isso mesmo, assim, eu sou uma pessoa um pouco mais estressada, mais nervosa e o ambiente que eu trabalho me torna mais ainda estressado e nervoso, e minha dificuldade principal é de, quando eu vou pra casa eu deixar as coisas do trabalho aqui [...] Isso que é a principal dificuldade que eu vejo, você não consegue ir pra casa e, parar, de pensar no trabalho, afeta, afeta bastante o meu humor, que já não é dos melhores, e dificulta um pouco o meu relacionamento em casa, com a minha família, tudo piora (R4).

A própria forma como o trabalho se organiza no cotidiano e o espaço que ocupa, retira, na maioria das vezes, a possibilidade de os colaboradores viverem as múltiplas dimensões da vida, especialmente não relacionadas ao trabalho. As especificidades do trabalho médico e o estresse, além da sobrecarga de trabalho interferem tanto nas relações familiares como na vida particular dos médicos²³. Estas, evidenciadas pelas descrições.

Eu acho que isso me afeta enquanto pessoa [...] acho que uma das opções minhas de não lidar com oncologia, porque lidar com oncologia geralmente é isso, acho que a dificuldade de discernir né, meu horário de trabalho,

meu horário de descanso, lazer [...] É paciente grave, paciente que exige muito de conhecimento, de dedicação médica, eu acho que se eu optasse por ter isso todo dia, eu estaria também me prejudicando, pelo meu perfil de pessoa. Eu acho que é umas das coisas que eu me afastei. Eu pretendo mexer com oncologia, mas parcialmente, não exclusivamente na oncologia. [...] É complicado trabalhar com isso aí, porque acaba se prejudicando futuramente, se apegando mais nos pacientes, se dedicando demais (R2).

“É muito difícil separar a satisfação pessoal da satisfação profissional, pois elas em geral são interdependentes”²⁴. Em hospitais, os profissionais que ali atuam sabem que existem pacientes específicos com os quais se cria uma relação distinta. O óbito desses pacientes acarreta o luto e reações características, como se as relações mantidas fossem de ordem pessoal e não profissional²⁴. Esse aspecto é ilustrado na fala a seguir:

Essa área da oncologia, eu acho muito difícil, por que é uma área que tem muito paciente terminal, pacientes que não têm muita salvação, tratamento é bem paliativo, então eu acho que é uma área que afeta, eu nunca faria porque afeta demais assim, então eu não gosto, tento o máximo distanciar, mas não consigo distanciar, então toda vez que eu já tive problemas, foi difícil pra mim voltar no outro dia, recuperar e continuar como se nada tivesse acontecido. Não consigo fazer isso, essa relação, chega em casa e ah, e vê televisão numa boa, isso me afeta bastante enquanto pessoa (R3).

Características relativas ao exercício da medicina determinam o ambiente profissional, delimitado pelos acentuados estímulos emocionais do adoecer, como o contato habitual com a dor e o sofrimento, lidar com a intimidade do corpo e emoções, auxiliar pacientes terminais, assistir pacientes complicados, às vezes rebeldes e que não aceitam o tratamento, hostis, autodestrutivos, deprimidos, além de vivenciar limitações e as incertezas do saber médico¹¹.

Agora, tem coisas que são mais dolorosas. Num dado momento, eu estava escalado pra operar um menininho de onze anos. No hospital onde eu trabalhava, lá na USP, tinha o nome do paciente, a escala cirúrgica sua e o apelido que a família costumava chamar o pacientinho, tal. E, este pacientinho chamava Cuca, onze anos. Eu fui atendê-lo, era um negrinho muito simpático, estava com um tumor no cotovelo direito, um tumor bem grande que era um osteossarcoma, que é um tumor muito grave. [...] Eu perguntei: por que você chama Cuca? Ele perguntou "você que vai arrancar meu braço?" Eu falei ah, não sei, deixa eu te examinar..."vai sim,

já me falaram que eu vou arrancar o braço". Então, mas deixa eu examinar direito, aí examinei, tal... você não vai me falar porque que você chama Cuca? "É porque eu cozinho". Mas como você cozinha? E sua mãe? "Eu não tenho mãe, ela morreu com meu pai num acidente de carro". Você cozinha pra quem? "Eu cozinho pro meu irmão de 19 anos e pro outro de 17, que tocam a oficina do meu pai..." E eu vou tirar o seu braço... (P1).

Em oncologia, a relação médico-paciente envolve aspectos próprios por ser o câncer uma doença traumatizante e seu tratamento complexo. Sofrimentos, medos e angústias que se apresentam nos pacientes e suas famílias demandam o estabelecimento de um vínculo com o médico, que também é atingido pelos sentimentos que a doença provoca no paciente. Assim, percebe-se que as variantes existentes na relação médico-paciente oncológico se diferenciam de outras especialidades. A alteração emocional dos pacientes, a forma como o diagnóstico é transmitido, más-notícias e o tratamento, às vezes, limitam os objetivos da relação, a criação do vínculo, a satisfação do paciente, a aceitação do tratamento e a qualidade de vida. As dimensões do conforto com enfoque na cura muitas vezes podem ser negligenciadas. Também, ao vivenciar sentimentos de onipotência, compreendendo-se como detentor do controle sobre a cura e a morte, e frente à finitude dos pacientes, o médico pode desenvolver sentimentos que geram frustração e impotência¹⁷.

Isso afeta muito, porque a maioria dos pacientes vem em uma fase avançada da doença, mais de sessenta por cento dos pacientes com câncer estão... eles vêm numa condição que pouco a gente pode fazer por eles em termos de cura, nós vamos só aumentar a sobrevida dele. No termo de cura, como qualquer doença avançada é difícil curar, o câncer é pior ainda (P3).

Algumas dificuldades podem interferir na qualidade da relação médico-paciente e provocar perspectivas utópicas nos pacientes e familiares, gerando também sofrimento ao profissional médico. Restrições pessoais do médico no tratamento e no enfrentamento da morte permitem práticas em que o profissional insiste em tratamentos de cura, embora a doença já esteja na fase terminal⁹.

Tem a parte também de, dependendo da situação, uma derrota da gente não poder ter ajudado aquela pessoa. Tem a parte sentimental também,

mas isso é mais familiar, mas tem a parte nossa profissional que acomete mais a parte ah eu não consegui ajudar aquela pessoa, então, você se sente um pouco incapaz, é isso aí, eu acho que uma coisa que atualmente me afeta mais assim, eu não poder tá ajudando aquela pessoa. [...] E tem situações que não tem muito o que ser feito, até mesmo, principalmente nessa área oncológica, é mais paliativo, e pode às vezes tá prorrogando o sofrimento da família [...] afeta nessa parte de ser incapaz mesmo [...] Mas lógico que tem essa parte aí de perdas sim [...] às vezes a gente fica meio chateado pelo fato ocorrido (R5).

Frente à dor, principalmente se esta é de difícil manejo, o médico e equipe se transformam, pois, cada plano terapêutico que falha aumenta o sentimento de impotência dos profissionais e as possibilidades de tratamento vão sendo vivenciadas sem o entusiasmo inicial. Sentimentos de culpa e mais impotência se misturam, “paralisando” o trabalho dos médicos. É necessário que a equipe aprenda a lidar com estes sentimentos buscando superá-los²⁵.

É difícil, isso me incomoda, porque quando alguém está doente, eu falo, ó pra enfrentar essa doença a gente tem esse caminho - o enfrentar juntos. [...] infelizmente quando você mutila uma mulher, o companheiro a vê diferente né, infelizmente, a vê diferente. [...] Ela não tem motivação pra ir numa praia, então ela acaba também criando um mundinho dela. Então, é triste, é uma doença que judia demais (P2).

O desgaste no trabalho pode gerar sentimento de impotência, principalmente quando os profissionais não conseguem assegurar ao paciente tudo que ele precisa²⁴. A condição de cuidar de pacientes em situações críticas abrange o sentimento de impotência associado à complexidade e ao imprevisível, potencializado pela relação do profissional com vivências de dor, sofrimento, angústia, impotência, desesperança, medo e vários tipos de perdas²⁶.

Então eu acho que o pior de tudo é quando você tem um paciente crente de que ele não tem nada e ele tem. Esse desmonta. Algumas pacientes ao longo desse processo de espera e com as informações que eu vou dando, já vão alimentando também a possibilidade de às vezes não ser aquilo que ela gostaria que fosse. [...] Você dá o diagnóstico de câncer pra uma pessoa sozinha, é muito ruim, porque você não pode consolá-la, não tem uma pessoa amiga que possa fazer esse papel. Então, eu sinto essas dificuldades, frustrar alguém que criou uma expectativa que infelizmente não vai se concretizar, e dar a notícia pra uma pessoa sozinha (P2).

As dificuldades de comunicação das questões relativas à doença e à morte, em específico, na oncologia, são acentuadas pela representação da palavra câncer, pelas restrições pessoais e pela falta de preparo do profissional qualificado para o cumprimento dessas tarefas. Más notícias são frequentemente transmitidas no estágio inicial ou terminal da doença, exigindo do médico a elaboração de competências direcionadas para a emissão de diagnósticos e de prognósticos ruins⁹.

É muito frustrante assim pro profissional médico, quando você não consegue resolver o problema do paciente [...] você realmente não consegue fazer o diagnóstico dele, é frustrante isso, apesar de às vezes parecer que não, mas isso afeta também, [...] principalmente a parte oncológica né, quando você tem que conversar com a família e falar que realmente é isso e, tem que esperar só... é uma coisa, é bem difícil aceitar isso né, é difícil pra família e é difícil pro médico também (R4).

Os sentimentos causados nos médicos se assemelham aos dos pacientes e suas famílias, pois convivem com ódio, negação, culpa e manifestações depressivas, muitas vezes associados à impotência frente aos poucos recursos e às complicações, além de reconhecer e lidar com os próprios sentimentos. Todavia, cotidianamente também sentem satisfação, quando veem os pacientes curados e com conhecimento da doença, embora os fatores difíceis sejam mais enfatizados, frente o sofrimento do doente, suas internações, a impotência perante a doença e a revolta na vigência da morte²⁷.

A maior dificuldade que a gente tem eu acho que é lidar com as pessoas, a gente lida com gente, não é uma ciência exata, então a gente pode saber tudo sobre tal doença, tal patologia, mas o indivíduo, ele é único. Então a gente nunca tá cem por cento preparado pra aquilo, a gente sempre é surpreendido no dia-a-dia, mesmo que seja uma coisa muito banal, corriqueira, que a gente veja sempre, em termos de compreensão da patologia mesmo, mas em relação ao indivíduo a gente nunca tá preparado, acho que essa é a maior dificuldade que a gente tem, saber muito sobre teoria, sobre o que tá acontecendo com a pessoa, mas sobre a pessoa mesmo a gente não conhece. Cada um tem uma história de vida, cada um reage de uma forma, então essa é a maior dificuldade que eu vejo (R1).

A relação médico-paciente envolve relações de poder e movimentos de subjetivação, entretanto, há

profissionais que não se fascinam pela austeridade do saber médico e produzem uma escuta clínica humanizada¹².

Não preciso falar que alguém tem câncer de mama. Posso contar que ela tem câncer de mama de uma maneira mais suave, pra que judiar tanto da pessoa, você tem câncer de mama, é um câncer agressivo, eu vou ter que tirar sua mama. Tem como eu mudar, dar a mesma informação de uma forma mais suave [...] A palavra câncer, ela é carregada de um peso muito negativo né, isso assusta as mulheres, a ideia de tirar a mama de alguém é terrível, às vezes mais terrível que a doença. Então... não é fácil, eu sou homem, tem a questão do sexo ser diferente né, mas eu tento sempre suavizar, não esconder a verdade, mas contar de uma forma que ela consiga digerir e lidar melhor... tem dado certo (P2).

Diante da vulnerabilidade e fragilidade do paciente oncológico o médico pode reconhecer a própria fragilidade. É na relação com o outro que o eu se constitui, se modifica e se reconhece e compreender a dor e a finitude do outro é entender sobre a própria dor e finitude²⁷. O paciente oncológico têm sentimentos existenciais de angústia, finitude, transitoriedade da vida e anseios, e os médicos que vivenciam essas questões, sem que o percebam, carregam sentimentos semelhantes. Assim, podem se posicionar com sentimento de pena daquele que sofre, ou se decidir a escutar a dor do outro, tendo compaixão, acolhendo-o²⁸.

Não sou indiferente, eu tenho pena das pessoas, eu vejo sofrimento, eu vejo pessoas que morrem, claro que eu me sensibilizo, mas eu não exteriorizo isso com choro, às vezes eu fico quieto, saio de perto né, mas me incomoda, me incomoda ver sofrimento, acho que incomoda todo mundo, né. Agora tento ser forte, porque alguém tá sofrendo agora, mas alguém vai sofrer amanhã, alguém vai sofrer depois de amanhã, e se eu me entregar, eu não vou ter forças pra ajudar as outras pessoas. Mas eu me sensibilizo, tenho pena das pessoas. Principalmente aquelas que eu sei que não são curáveis, que vão ter muita dificuldade e vão acabar morrendo no final (P2).

No sentimento de pena há a indiferença, do sujeito que protegido (médico) acredita estar inteiro diante do outro (paciente) mutilado. Conceber a angústia que atravessa o paciente com pena é uma experiência para dissimular para si próprio o sofrimento impactante da inevitável morte. É necessária e indispensável uma reflexão para a realização do trabalho na área oncológica,

conforme os profissionais são afetados nessa grandeza. O médico tem a escolha de optar pela escuta, na compaixão ou se deixa levar pelo sentimento de pena e silenciar²⁸.

Para Fernandes²⁹, por mais que se tente manter distância, sentimentos sempre estarão presentes, em suas diversas expressões, como empatia, antipatia, medo, aversão, afeição, compaixão, dentre outros. Alguns profissionais podem negar essa realidade, contudo, aceitar a peculiaridade imprevisível dos sentimentos presentes na consulta seria o mais adequado, visto que compreendem um espaço que não diz respeito à racionalidade humana.

Outra coisa que por vezes te incomoda é que parece que você compra a briga do doente, né. Então eu tenho por hábito dizer pro doente, olha, eu estou com você e assim estarei, até que a gente consiga uma situação de equilíbrio, ou não. Mesmo que não, eu jamais vou te abandonar... eu deixo isso muito claro pro doente (P1).

Guiada pelo modelo biologista a formação médica se baseia no padrão positivista científico, conservado pela fragmentação das partes para entender o humano como unidade. Essa ótica delimita os processos de saúde e doença sob a perspectiva biológica, e com o foco centrado apenas na doença; desconsidera-se o indivíduo que adocece. Manejar problemas de saúde incita sentimentos de medo e ansiedade em relação ao futuro e às restrições físicas e funcionais, circunstância estressante para médicos que, fundamentados em sua formação acadêmica, veem-se muitas vezes desprevenidos para lidar com todos esses sentimentos³⁰.

Quando tem pessoa [...] no caso o terminal assim, você percebe, você já sabe, e ainda você não passou pra pessoa isso, é bem desgastante, você fica pensando, se for um jovem, uma criança, fica pensando que a gente ainda é muito novo, então, você pensa, poxa, podia ser eu, podia ser alguém da sua família, como que essa pessoa vai lidar, com a mãe, o pai dessa criança, então é bem desgastante, você fica bem estressado, é uma profissão bem estressante mesmo (R3).

O médico não detém todo o saber. Diante disso não existem regras gerais para tornar-se um bom médico. Porém, é preciso atender as necessidades subjetivas sem deixar de atender as objetivas e agregar o conhecimento científico rigoroso exigido; desenvolver sensibilidade, diante da fragilidade que se impõe na enfermidade,

sem uma dureza que demonstre ser pouco importante interessar-se pelo sofrimento do outro. Considerar os temores do doente, sua dor, sua angústia e respeitar sua autonomia, não se vendo no direito de tomar decisões que afetem significativamente o paciente, sem consultá-lo³¹.

As defesas e formas de proteção do profissional no contato com seu próprio sofrimento

Por se tratar de uma doença percebida como traumatizante, perante o imaginário pessoal e coletivo, a abordagem do câncer torna-se especialmente difícil. Angústias, medos e sofrimentos apresentam-se na vida dos pacientes e de suas famílias, necessitando o estabelecimento de um vínculo com o profissional como coadjuvante terapêutico. O status emocional alterado dos pacientes e familiares, a abordagem diferenciada de transmitir o diagnóstico, a má notícia e as terapêuticas que, em curto prazo, são mais difíceis que a própria doença, são fatores limitantes aos objetivos da relação médico-paciente. Muitas vezes, mesmo que inconscientemente, são adotados mecanismos de defesa como distanciamento, relações superficiais com os pacientes, negação da situação, mudanças de rotinas e protocolos, com argumentos de falta de tempo e de disponibilidade para estar junto e ouvir os pacientes³².

O que eu observo assim que, a gente vai ficando meio acostumado, né, tipo, no geral, bem no início, o choque é bem maior do que com o decorrer do tempo, a partir do momento de formação a gente vai, a gente vai meio que sendo uma coisa comum né, no nosso dia a dia, então o choque é menor do que na fase inicial da profissão. Até mesmo por contato em relação a óbito... entrar em contato com a família no começo é uma situação bem difícil. Mas, com o decorrer do tempo a gente vai se adaptando, né a gente vai meio que aceitando mais isso daí (R5).

Mecanismo de defesa é um conceito utilizado em psicanálise. Todos os mecanismos podem ser encontrados em indivíduos saudáveis, considerados como estratégias que as pessoas usam frente às situações emocionais difíceis, até que a pessoa possa ter condições de lidar de maneira mais direta com tais situações estressantes³².

O câncer é pior ainda, então, pra você ver, numa fase em que a doença não é operável, não é tratável, não tem condição de fazer muita coisa quase nada, a não ser prolongar a vida do paciente. Isso afeta, porque às vezes,

começa dar uma pressão, você fala "puta merda", como é que pode né [...] você vê alguns casos, você não acredita que a pessoa deixou chegar naquele ponto, então isso acaba afetando porque cria um mecanismo de defesa, mas tem hora que não afeta (P3).

No começo eu confesso que eu ficava mais frustrado, assim, nunca fiquei deprimido. Assim, ao longo da faculdade você vai criando uns mecanismos de defesa né, eu não choro na frente dos pacientes, fico com pena, tento ajudar de outras formas, fazer até coisas que eu não deveria fazer, tentar arrumar amostra grátis de remédios, coisas desse tipo (P2).

Diante de condições emocionais que enfatizam o sentimento de angústia, médicos buscam tranquilizar-se, utilizando então os mecanismos de defesa que vão desde o ativismo exagerado de suas funções técnicas até a negação, passando por comportamentos evasivos, onipotentes ou irados. Entretanto, tudo o que pode ser feito para trazer tranquilidade, não aplaca totalmente o sofrimento¹¹.

Então... é que já são tantos anos, que eu não sei se eu percebo mais, entendeu? Inúmeras vezes, eu perdia noites de sono, eu chorava interiormente, eu me magoava, eu ficava triste. Agora, isso acontece ainda, mas, com uma chance muito menor de vezes. Quando as emoções, por conta da especialidade, interferem de forma tão intensa, que passam a prejudicar, você tem que conseguir descartá-las. Não é que você se torna uma pessoa fria, mas você tem que... como conversamos no começo da nossa fala, trabalhar mecanismos de defesa, não só pra te proteger, como também pra você poder trabalhar com isenção de artefatos nocivos, né... Trabalhar com o seu eu, é, em ordem, pra poder render mais, profissionalmente (P1).

A relação médico-paciente é um dos determinantes na resolução das questões e problemas de saúde e parte da eficácia médica resulta da satisfação dos pacientes durante todo o processo de tratamento, essa não se limitando apenas aos aspectos técnico-científicos da medicina, mas dependendo também da comunicação interpessoal, qualidade do vínculo e o modo como se estabelecem essas relações¹².

Então, as dificuldades, eu não tenho dificuldades, assim, com o trato com a doença, com o trato com a família, com o trato com os hospitais, com o trato com os colegas (P1).

Mas hoje em dia, assim, eu acabo... eu chego em casa, tenho a minha agenda normal de coisas, pego a minha filha, vou lá pra fora, sabe aquele

cheirinho de nenê, aquela coisa da ingenuidade, "óh papai fiz um rabisco, olha que lindo", isso me alimenta muito. Assim, eu não tenho pesadelo, eu não tenho insônia, eu nunca experimentei essas coisas, mas eu acho que é porque eu vou pra minha casa e eu tenho um ambiente muito acolhedor, que acaba me ajudando a, no outro dia, tomar bordoadas da vida e seguir (P2).

Na relação médico-paciente, mudanças significativas ao longo dos séculos favoreceram a empatia. Vivenciando acontecimentos que perpassam no cotidiano da clínica médica, como a desumanização do paciente com graves problemas de comunicação, e na própria relação médico-paciente, os estudantes de Medicina acabam aprendendo muito sobre "como eles não querem ser" como médicos. Assim, as escolas médicas têm grande necessidade de treinar sistematicamente as qualidades humanísticas dos graduandos³³.

A faculdade é uma faculdade bem desgastante, uma faculdade que exige muito da gente, e a gente tem que estudar muito, tem que saber muito, e, tipo assim, você tem que abrir mão de muita coisa, principalmente quando você chega no final do curso que você tem plantão, e, já no quinto, sexto ano você tem que abrir mão de natal, ou de ano novo e de outros feriados, porque você tá de plantão e você não pode deixar de ir pra assim, ah não vou, não, você tem que ir e acabou, mesmo na parte acadêmica ainda né, nem como um profissional, e a parte da cirúrgica também eu acho bem desgastante, é um ambiente bem estressante principalmente porque você tem que tomar esses tipos de decisões muito rápido (R4).

Sobre a estafa, Tucunduva e colaboradores³⁴ alegam que ela pode ser observada em todas as profissões, principalmente naquelas que envolvem maiores níveis de estresse como a atividade dos médicos. Características inerentes à profissão, pela intensidade das interações emocionais e a falta de tempo livre para lazer e férias, o convívio intenso com pacientes e as mudanças pelas quais a prática médica vem passando nos últimos vinte anos, que incluem a diminuição do status social da profissão e o aumento das pressões sofridas por estes profissionais, contribuem para o contínuo declínio da autonomia profissional. As principais causas observadas da estafa profissional entre os cancerologistas são: sentimento de impotência diante de várias questões e expectativas irreais, raiva, frustração, dificuldade em lidar com perdas, tempo insuficiente de férias e assuntos relacionados às fontes pagadoras e prestadoras.

Os sujeitos do estudo descrevem várias situações, as quais os afetam diretamente.

A parte técnica é isso, oh eu preciso disso, ponto. Vem vindo um doente aí de Ilha Solteira, o médico já me adiantou, "olha é um tumor de rim, grande, tal, você consegue tirar, tenho certeza", também acho [...] só que ele tem uma meta pulmonar e eu vou precisar prescrever um remédio chamado Votrient. Oitocentos miligramas dia, por quatorze dias, seguidamente. Faz quatorze, pula quatorze, faz quatorze, pula quatorze. Perfeito. Custa dezoito mil reais!! Alguém vai ter que pagar! E aí são mil processos que você tem que preencher, que você tem que justificar, a ponto do advogado, por exemplo, da união, da prefeitura, ou do estado, interogar oficialmente só com o objetivo de atrasar o processo pra ver se o doente morre e conseqüentemente, a prefeitura não vai ter que pagar, de fazer interpeção judicial pra saber se você não tem ações do laboratório que fabrica o Votrient. Isso é absurdo, é uma coisa assim que você fala, pô é nítido que o cara tá querendo atrasar o processo pra não liberar o remédio porque a constituição apregoa que ele tem que liberar... então é ruim isso... e essas são as coisas que incomodam (P1).

A remuneração é baixíssima, então a gente acaba fazendo porque gosta, pra não deixar o paciente na mão, também ninguém tem coração de pedra, mas você não tem uma remuneração menos que mínima, vai mais porque gosta, e você tem dificuldade de empregar o que tem de mais moderno no paciente da previdência, às vezes até paciente de plano, você tem dificuldade de empregar, o que existe de novo, e de melhor, pelo custo, que fica então isso é uma coisa assim é uma dificuldade muito grande que a gente às vezes desanima. [...] Mas o que mais chateia é isso... o que afeta a vida da gente é isso, a gente ficar com as... se sentir com as mãos amarradas por culpa de um... às vezes demora muito pro tratamento, o SUS não paga, tem que acionar briga com o plano de saúde, tem que ter uma briga, então é horrível, uma coisa que não é muito agradável (P3).

O prazer do trabalhador se dá através da descarga de energia psíquica e a carga positiva que a tarefa autoriza resulta em uma diminuição da carga psíquica do trabalho, sendo conhecida como "trabalho equilibrante" – proporcionando prazer no trabalho. Acúmulo de energia psíquica e carga psíquica negativa tornam o trabalho uma fonte de tensão e desprazer, acarretando a fadiga, a astenia e, a partir daí, a patologia, nomeada de "trabalho fatigante", geradoras do sofrimento laboral²⁴.

Imagina que você trabalha o dia inteiro, conversa o dia inteiro, o dia inteiro, alguém querendo algo de você. Ninguém chega aqui perguntando: Doutor, o senhor tá bem? O senhor precisa de alguma coisa? Todo mundo chega

aqui, querendo de você, e não trazendo algo pra você. Ou melhor, trazendo problemas assim aos montes né. Aí você chega em casa, quando se está sozinho, tudo bem, você quer isso mesmo, aí vai.. Mas às vezes, você tem companhia e você não quer conversar nada, né... você quer ficar quieto, porque você tá cansado, você não quer dar mais nada. Você tá querendo um pouco de colo né... e isso... Se tem alguém te esperando, esse alguém tá querendo um pouco de colo também porque você esteve ausente o tempo inteiro...então é isso... cansa, não o físico, o físico você se adapta, mas é você chegar, querer sentar, e ficar simplesmente fazendo nada, pensando, ruminando aquilo que você viveu o dia todo. Descansar. [...] Isso vai te cansando, cansa mesmo, e afeta, óbvio que afeta (P1).

Sintomas somáticos podem ser de exaustão, cefaleias, fadiga, insônia e dispneia, enquanto ansiedade, negativismo, rigidez e desinteresse são sintomas psicológicos¹¹.

Ah, atrapalha, tipo, afeta, assim, tanto na relação com as pessoas que [...] consomem muito, você não consegue sair, o ambiente praticamente que a gente vive é o tempo todo só com o pessoal do hospital, da faculdade, da residência, e acaba sendo bem desgastante assim, você não tem fim de semana, você não sai, tem dia que você tem um óbito do paciente, tem alguma coisa assim, e você não quer mais sair também, por mais que seja o seu dia de descanso, então acaba relacionando esses problemas assim (R3).

Os profissionais da saúde se encontram muitas vezes cansados, sobrecarregados e, em muitos casos, frustrados, além das dificuldades em participar de uma equipe de formação heterogênea na qual cada um desenvolve estratégias diferentes para lidar com o estresse diário. Contabilizam-se também as pressões exercidas por pacientes, familiares e acompanhantes e outros profissionais e pela própria doença³⁰.

Então você precisa de muita atenção, muito cuidado [...] então você passa de manhã, passa à tarde, né, e isso te consome um pouco, e quando você está fora daqui, você não consegue abrir mão do trabalho, né, por causa de sempre ter um paciente internado, ou tá grave, ou que tá tendo alguma complicação. [...] Eu vejo algumas dificuldades, principalmente em local de trabalhos multidisciplinares, então, às vezes você prescreve um doente, e este paciente não é medicado no horário, e isso te consome mais tempo ainda de estar ficando em cima de ver os resultados, ou no tratamento que você tá indicando pra aquele doente, acho que esta é a principal dificuldade que a gente encontra (R2).

O exercício da medicina é permeado de angústias e dilemas, sendo um aspecto particular o exercício na área da oncologia. Porém, se essa problemática fosse diretamente abordada nos currículos médicos, os danos, tanto na relação médico-paciente, quanto à saúde mental do profissional poderiam ser sensivelmente reduzidos¹⁷.

É o trabalho assim é difícil, não é fácil, tá... no começo eu passei... do começo até hoje, de quando eu me formei até hoje, a evolução foi muito grande e as dificuldades aumentaram também, é, de quando eu estava na faculdade até hoje. É mais... é um trabalho diário uma coisa, por exemplo, hoje, eu vò e chego em casa tarde né, tem dias que é difícil você lidar, você lidar com a pessoa, com o paciente, com a família da pessoa, com uma situação às vezes difícil, então é uma coisa que deixa a gente bem desgastado (P3).

A psicologia médica abrange o ensino ou a prática de todo tipo de fenômenos da saúde e das interações entre pessoas, como as relações profissionais e com pacientes, as relações humanas dentro de uma família ou instituições de saúde, a questão das doenças agudas ou crônicas, o papel das reações adaptativas ao adoecer, a invalidez, a morte e os recursos terapêuticos extraordinários³⁵. Diante de sua especificidade, pode auxiliar significativamente os profissionais da área da saúde e favorecer o encontro de diferentes formas para lidar com os encargos da vida profissional que afetam a vida pessoal.

São raras às vezes que isso me afeta no lado pessoal, eu acho que eu aprendi muito bem a separar. Aqui dentro do hospital, eu tenho uma atitude, eu tenho meus pacientes, a gente vê e tudo, mas, quando eu saio daqui eu tento fugir um pouco disso. Eu acho que é uma carga muito pesada pra gente levar pra casa também. Então, eu consigo dissociar isso bem. Lógico que são casos e casos tem algumas vezes que toca mais, a gente acaba ficando um pouco pra baixo mesmo, por causa de alguns casos, principalmente quando são casos incuráveis, a gente fica um pouco pra baixo, mas eu tenho que dissociar bastante isso (R1).

É fundamental que o profissional se identifique com o seu trabalho, como também perceba que ele lhe traz satisfação pessoal²⁴. Relatos ilustram este aspecto:

É... o volume é alto, trabalha-se muito, mas, te confesso que quando tem feriado prolongado, chega no sábado a tarde, domingo, eu já vou ficando impaciente demais, porque eu quero voltar pra minha rotina, apesar de ser

muito cansativa. Quando chega na sexta a tarde, eu fico clamando por uma semana de folga. Mas essa semana vem e eu não aguento, eu... eu logo quero voltar. É eu acredito que é uma, uma condição que já se consolidou né, nós estabelecemos que assim deveria ser. Então é por isso que eu não consigo parar de pensar em trabalhar, entendeu? Eu tenho cinquenta e um anos, e eu me formei com vinte e dois (P1).

A literatura especializada preconiza a atenção especial do cuidado ao cuidador, principalmente em contextos que tratam pacientes de alta complexidade, permeados por um alto grau de tensão, sons agudos, intermitentes e variados, ansiedade, tristeza, queixas constantes, dor, morte e longas jornadas de trabalho - dificuldades cotidianas e reais no cenário da saúde³⁰. Perante o reconhecimento de sofrimento no trabalho, é essencial que o profissional reconheça seus limites e procure ajuda, tanto para suprir o desgaste físico quanto o mental²⁴.

Ah assim, eu quero até elogiar vocês, acho que é uma coisa muito bacana de, de tentar cuidar de quem cuida, né, é o que a gente precisa. Há um ano eu faço terapia, é porque o que eu vivencio... é, eu gosto de falar com as pessoas, sabe, eu gosto de tentar entender a vida das pessoas nesse pouco intervalo de tempo que a gente fica juntos. [...] Desse um ano, um ano e meio mais ou menos eu tenho começado a fazer terapia, porque algumas pessoas são, algumas dessas pacientes são realmente muito problemáticas (P2).

Conclui-se, então, que "emprestar sua escuta coloca ao profissional uma exigência que certamente não será sem ônus para si próprio"²⁸.

CONCLUSÃO

Identificou-se que o trabalho com pacientes oncológicos afeta a vida dos médicos de diferentes formas. Diante do sofrimento e a dor do paciente, como também de seus familiares, esses profissionais vivenciam várias

emoções e dificuldades no cotidiano assistencial. A maioria dos entrevistados afirmou que a rotina de trabalho se mostra desafiante e os atinge, principalmente no âmbito emocional, destacando-se nos relacionamentos familiares, desgaste e sobrecarga de trabalho, representados por sentimentos de impotência e frustração diante da "terminalidade" do paciente.

Vários fatores na relação médico-paciente, desde a comunicação de diagnósticos e prognósticos difíceis durante o processo de tratamento, afetam esses profissionais em suas subjetividades, uma problemática não abordada satisfatoriamente durante a formação acadêmica. O modelo médico ainda é centrado em sinais e sintomas e há pouco aprofundamento do cuidado aos aspectos psíquicos e/ou emocionais dos envolvidos. São evidentes os prejuízos na saúde mental dos profissionais, que apresentam dificuldades em lidar com o sofrimento e seus sentimentos de impotência, mesmo detendo o saber da medicina. Na fala dos residentes, de acordo com sua formação e vivências, alguns direcionam suas escolhas profissionais para outras especialidades, alegando o peso que a área oncológica acarreta.

É necessário contemplar o profissional médico, em sua prática e em sua formação, com suporte emocional para enfrentar as vivências diárias no exercício da profissão, e a saúde mental ser vista com maior relevância em currículos de graduação na medicina. O tema ainda é pouco abordado em estudos científicos e apesar dos resultados não poderem ser generalizados, diante das limitações do modelo metodológico escolhido, o estudo é válido e relevante, pois contribui para a teoria e a prática clínica, abrindo caminhos para uma melhor compreensão destes aspectos. O cuidado direcionado ao profissional beneficiará não somente a classe médica, mas contribuirá para a melhoria do atendimento e da relação entre médico-paciente-família.

REFERÊNCIAS

1. Merskey H. Body-mind dilemma in chronic pain. In: Royand R, Tunks E. Chronic pain. Baltimore: Willians & Wilkins; 1982.
2. Angerami-Camon VA. Psicossomática hoje e a psicologia da dor. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning; 2012.
3. Pessini L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. Rev Bioética. 2002; 10(2):51-71.
4. Drummond JP. Bioética, dor e sofrimento. Cienc. Cult. 2011; 63(2):32-7.
5. Molina López JA. El sufrimiento humano como experiência personal y profesional. Bioética Revista del Centro de Bioética Juan Pablo II. [Internet]. 2011 [acesso em 2014 out 18]; 1(2):4-8. Disponível em: <http://www.cbioetica.org/revista/113/113-0409.pdf>
6. Castro Junior G, Saragiotto DF, Takahashi TK, Segalla JGM, Hoff PMG. Oncologia clínica: atuação na fronteira entre a melhor evidência e os ensaios clínicos. Rev Med (São Paulo). 2012; 91(ed. esp.):56-9.
7. Delgado GL. A dor em oncologia. São Paulo: Atheneu; 1988.

8. Castilho EE. El dolor en los niños. *Rev Educ Enfermeria*, 1987; 2:40-1.
9. Geovanini F, Braz M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. *Rev Bioét.* 2013; 21 (3):455-62.
10. Vandekief GK. Breaking bad News. *Am Fam Phys.* 2001; 64(12):1975-9.
11. Nogueira-Martins LA. Saúde mental dos profissionais de saúde. *Rev Bras Med Trab.* 2003; 1(1):56-68.
12. Santanna C, Hennington EA, Junges, JR. Prática médica homeopática e a integralidade. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2008; 12(25): 233-46.
13. Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1997.
14. Araújo LC, Pagnan LB, Zanetti LR, Simões JC. A arte de ouvir o paciente. *Rev Med Res.* 2011; 13(3):200-5.
15. Silva JMO, Lopes RLM, Diniz NMF. Fenomenologia. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(2):254-7.
16. Mello DRB, Leite LC, Campos MGSC, Alves Filho RC. Alçando vôo: a experiência de ampliar o diálogo entre Psicologia e Medicina. *Rev Bras Educ Méd.* 2012; 36(2):234-42.
17. Silva CMGCH, Rodrigues CHS, Lima JC, Jucá NBH, Augusto KL, Lino CA, et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). *Ciênc. saúde coletiva.* [Internet]. 2011 [acesso em 30 maio 2014] ; 16(Suppl 1):1457-65. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700081&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700081>
18. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.
19. Sousa IQde, Silva CPda, Caldas CAM. Especialidade médica: escolhas e influências. *Rev Bras Educ Med.* [Internet]. 2014; [acesso em 2014 out 18]; 38(1):78-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010055022014000100011&script=sci_arttext
20. Santos LMM. O papel da família e dos pares na escolha profissional. *Psicol Estud.* [Internet]. 2005 [acesso em 2014 out 18]; 10(1):57-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000100008
21. Lucchiari DHPS. Pensando e vivendo a orientação profissional. São Paulo: Summus; 1992.
22. Pêgo-Fernandes PM, Bibas BJ. Medical specialties and the job market-especialidades médicas e o mercado de trabalho. *São Paulo Med J.* [Internet]; 2011 [acesso em 2014 abr 14]; 129(1):3-4. Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/8909/art_BIBAS_Medical_specialties_and_the_job_market_2011.pdf?sequence=1
23. Kilimnik ZM, Bicalho RFS, Oliveira LCV, Mucci CBMR. Análise do estresse, fatores de pressão do trabalho e comprometimento com a carreira: um estudo com médicos de uma unidade de pronto atendimento de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev Gestão e Planejamento.* 2012; 12(3):688-9.
24. Silveira MH, Ciampone MHT, Gutierrez BAO. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* [Internet]; 2014 [acesso em 2014 out 18]; 17(1):16-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100007&lng=en&nrm=iso
25. Maciel MGS. Dor crônica no contexto dos cuidados paliativos. [Internet]. Disponível em: <http://sobremorteemorrer.blogspot.com.br/2009/05/dor-cronica-no-contexto-dos-cuidados.html>
26. Machado AG, Merlo ARC. Cuidadores: seus amores e suas dores. *Rev Psicol Social.* [Internet]. 2008 [acesso em 2014 out 18]; 20(3):444-52. Disponível em: www.scielo.br/pdf/psoc/v20n3/15.pdf
27. Silva LCda. O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. *Psicol. Am. Lat.* [online]. 2009 [acesso em 2014 out 18]; 16. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-350X2009000100007&script=sci_arttext
28. Castro-Arantes JM, Lo Bianco AC. Corpo e finitude - a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica. *Ciênc Saúde Colet.* 2013; 18(9):1215-22.
29. Fernandes JCL. A quem interessa a relação médico paciente? *Cad Saúde Pública.* 1993; 9(1):21-7.
30. Negromonte MRO. O profissional de saúde frente à dor do paciente: estresse, enfrentamento e trabalho em equipe. [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília; 2010.
31. Del Rio AA. El médico ante el sufrimiento del paciente. *Rev Invest Clin* [Internet]. 2009 [acesso em 2014 out 18]; 61(2):173-80. Disponível em: <http://colegiodebioetica.org.mx/wp/wp-content/uploads/2011/12/alvarez-001.pdf>
32. Gambatto R, Guarienti FC, Silva ALP, Prado AB. Mecanismos de defesa utilizados por profissionais de saúde no tratamento de câncer de mama. *Psicol Am Lat.* [Internet]. 2006 [acesso em 2014 out 18]; 6. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000200005&lng=pt&nrm=iso
33. Costa FD, Azevedo RCS. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. *Rev Bras Educ Med.* [Internet]; 2010 [acesso em 2014 out 18]; 34(2):261-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022010000200010&script=sci_abstract&lng=pt
34. Tucunduva LTCM, Garcia AP, Prudente FVB, Centofanti G, Souza CM, Monteiro TA, et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Rev Assoc Med Bras.* [Internet]. 2006 [acesso em 2014 out 20]; 52(2): 52(2):108-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302006000200021&script=sci_arttext
35. Mello Filho J, Burd M. Psicossomática hoje. 2ª ed. Rio de Janeiro: Artmed; 2010.

Recebido em: 30/04/2015

Aceito em: 25/05/2015

EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS E ACIDENTES COM GRADUANDOS DE MEDICINA E ENFERMAGEM

EXPOSURE TO BIOLOGICAL FLUIDS AND ACCIDENTS INVOLVING MEDICINE AND NURSING STUDENTS

EXPOSICIÓN A FLUIDOS BIOLÓGICOS Y ACCIDENTES CON ESTUDIANTES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Maristela Aparecida Magri Magagnini*, Viviane Mari Honori**, Ofélia Maria Yukie Takiguchi**, Priscila Medeiros Gomes da Silva**, Mariana Magri Magagnini***, Maicon Sanches Morandi****

Resumo

Introdução: Discentes de medicina e enfermagem são vulneráveis à exposição a fluidos biológicos e contaminação e a acidentes durante o ensino clínico e/ou internato. **Objetivo:** Aprender o conhecimento dos graduandos dos cursos de medicina e enfermagem quanto à conduta pós-exposição a fluidos biológicos e identificar a ocorrência de acidentes. **Material e Método:** Estudo descritivo obtido por meio de questionário aplicado nos meses de junho e agosto de 2013. **Sujeitos:** 60 graduandos do 5º e 6º ano de medicina (internato) e 25 graduandos de enfermagem. **Resultados:** O tema foi abordado em disciplinas da grade curricular segundo 70% dos graduandos de enfermagem e do internato na medicina; sobre os tipos de exposição: 92% dos graduandos do 4º ano de enfermagem afirmaram conhecê-los; na medicina a resposta foi afirmativa para 58,3% dos graduandos do 5º ano e 55,6% do 6º ano. Quanto ao esclarecimento das etapas a serem realizadas após a exposição a fluidos biológicos, 20% dos graduandos do 4º ano de enfermagem se sentiam muito esclarecidos, 72% possuíam esclarecimento suficiente e 8% nenhum esclarecimento. Dentre os graduandos da medicina do 5º ano: 17% sentiam-se muito esclarecidos, 75% com esclarecimento suficiente, 8% não esclarecidos; graduandos do 6º ano: 28% muito esclarecidos, 69% com esclarecimento suficiente e 3% sem esclarecimento. Nenhum tipo de acidente envolveu graduandos de enfermagem. Na medicina houve acidentes no 5º ano (8,34%) e 6º ano (33,4%), alguns mais de uma vez, sendo prevalentes acidentes no Pronto Socorro. Todos os graduandos do 5º ano tiveram exposição de mucosa e percutânea, no 6º ano 66,6% exposição de mucosa e 16,7% percutânea. Sangue foi o material orgânico presente em metade dos acidentes com os graduandos do 5º ano e 83,3% no 6º ano, e sutura envolveu metade dos acidentes com graduandos do 5º ano e 58,4% do 6º ano. O jato/respingo (de sangue) e agulha sem lúmen prevaleceram nos acidentes ocorridos com os alunos do 5º ano e 50% no 6º ano. Luvas foi o equipamento de proteção individual mais utilizado. **Conclusão:** A maioria dos sujeitos referiu conhecimento suficiente quanto à conduta após a exposição acidental a fluidos biológicos. Todavia, dada a importância do tema e suas implicações, recomendam-se discussões frequentes e aprimoramento.

Palavras-chave: Estudantes de medicina. Estudantes de enfermagem. Exposição a agentes biológicos. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde.

Abstract

Introduction: Medicine and nursing students are vulnerable to exposure to biological fluids and contamination, as well as to accidents during clinical teaching and practice. **Objective:** To evaluate the knowledge of graduates from medical and nursing schools about the procedures after exposure to biological fluids and to identify the occurrence of accidents. **Material and Method:** It was a descriptive study carried out through a questionnaire applied between June and August 2013. **Participants:** 60 students of the 5th and 6th year of Medicine and 25 nursing students. **Results:** The topic was addressed in the curriculum disciplines according to 70% of the nursing and medicine students; 92% of the nursing students of the 4th year said to know the types of exposure; among the medicine students, the answer was positive for 58.3% of the 5th year and for 55.6% of the 6th year students. About clarification of the steps to be taken after exposure to biological fluids, 20% of the nursing students of the 4th year felt themselves well informed, 72% had sufficient knowledge and 8% no knowledge. Among the medicine students of the 5th year 17% felt themselves well informed, 75% reported enough knowledge and 8% no knowledge; 28% of the 6th year students reported much knowledge, 69% sufficient knowledge and 3% no knowledge. No accident involved nursing students, but among medicine students there were accidents involving both the 5th (8.34%) and 6th year (33.4) %, occurring mostly in the Emergency Room and in some students more than once. All 5th year students involved in accidents had mucosal and percutaneous exposure, but among the 6th year injured students 66.6% had mucosal and 16.7% percutaneous exposure. Blood was the organic material present in the half of the accidents with 5th year students and in 83.3% of the 6th year, being suture procedures involved in the half of the accidents occurred in the 5th year and in 58.4% the 6th year students. The blood splash and the lumenless needles were the most prevalent cause of accidents involving students of the 5th year and in 50% among 6th year students. Gloves were the personal protective equipment most used. **Conclusion:** Most of the subjects reported enough knowledge regarding the management after accidental exposure to biological fluids. However, due to the relevance of the issue and its implications, frequent discussions and improvement are recommended.

Keywords: Medical students. Nursing students. Exposure to biological agents. Health knowledge, attitudes, practice.

Resumen

Introducción: Estudiantes de medicina e enfermería son vulnerables a la exposición a fluidos biológicos, la contaminación y los accidentes durante la enseñanza clínica. **Objetivo:** Evaluar el conocimiento de los graduados de las escuelas de medicina y de enfermería sobre la

* Mestre e Doutoranda em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), docente do curso de graduação em Enfermagem, Medicina e Biomedicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: maristela.magri@hotmail.com

** Graduandas do 5º ano do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

*** Médica graduada pelo curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

**** Graduando do 3º ano do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA) de Catanduva-SP.

Artigo extraído da Pesquisa Institucional, desenvolvida e apresentada no curso de graduação em Medicina. Subsidiada pelas Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

conducta posterior a la exposición a fluidos biológicos e identificar la ocurrencia de accidentes. Material y Método: Estudio descriptivo que recogió datos a través de cuestionario entre junio y agosto de 2013. Participantes: 60 estudiantes de quinto y sexto años de la medicina y 25 estudiantes de enfermería. Resultados: El tema se abordó en las disciplinas curriculares segundo 70% de los estudiantes de enfermería y medicina; sobre los tipos de exposición: 92% de los estudiantes del cuarto año de enfermería dijo a conocerlos; en la medicina, la respuesta fue positiva para el 58,3% de los alumnos de quinto año y 55,6% el sexto año. En cuanto a la clarificación de los pasos a seguir después de la exposición a los fluidos biológicos, el 20% de los estudiantes de la enfermería cuarto año considera que tiene mucho conocimiento, el 72% tenían un conocimiento suficiente y el 8% sin conocimiento. Entre los graduados de medicina del quinto año: 17% considera que tiene mucho conocimiento, el 75% con el conocimiento suficiente, 8% no conocen; estudiantes del sexto año: 28% considera que tiene mucho conocimiento, el 69% con el conocimiento suficiente y 3% sin conocimiento. No había ningún accidente con estudiantes de enfermería. En la medicina hubo accidentes en quinto grado (8,34) y año 6 (33,4), algunos más de una vez, siendo frecuentes accidentes en la sala de emergencias. Todos los alumnos de 5º grado tenían exposición percutánea y mucosa, en la exposición mucosas 66,6 de sexto grado y 16,7 percutánea. La sangre fue el material orgánico presente en la mitad de los accidentes con los graduados del quinto año y el 83,3% en el sexto año, y la mitad de los accidentes ocurrió en el procedimiento de sutura con los graduados del quinto año y el 58,4% el sexto año. El chorro/splash (de la sangre) y la aguja sin lumen prevalecieron en accidentes relacionados con los estudiantes del quinto año y 50% en sexto años. Guantes fue el equipo de protección personal más utilizado. Conclusión: La mayoría de los sujetos informó suficiente conocimiento sobre la gestión después de la exposición accidental a fluidos biológicos. Sin embargo, dada la importancia del tema y sus implicaciones se recomiendan discusiones frecuentes y mejora.

Palabras clave: Estudiantes de medicina. Estudiantes de enfermería. Exposición a agentes biológicos. Conocimientos, actitudes y práctica en salud.

INTRODUÇÃO

A categoria de fluidos biológicos de risco envolve materiais como sangue, líquido orgânico contendo sangue e potencialmente infectante, como sêmen, secreção vaginal, líquido e líquido sinovial, peritoneal, pericárdico e amniótico¹. Profissionais e graduandos da área da saúde, durante a formação acadêmica, realizam atividades em instituições de ensino, estando expostos a riscos durante a assistência aos pacientes e à manipulação de fluidos biológicos².

Como medida protetiva à exposição a tais fluidos, foram padronizadas as precauções-padrão (PP) e implantadas em instituições de saúde nos diferentes ambientes³, tendo como foco central prevenir a contaminação por patógenos, especialmente pelo sangue. Tais precauções incluem, entre outras, a manipulação cuidadosa de materiais perfurocortantes, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e vacinação contra hepatite B⁴.

O grande desafio do ensino na área da saúde é orientar e conscientizar os graduandos quanto à necessidade do uso dos EPIs e a como usá-los adequadamente, haja vista a suscetibilidade a acidentes com materiais biológicos, principalmente pela condição de aprendizagem e a insegurança muitas vezes presente no período de formação⁵. No Brasil, graduandos da medicina, de modo geral, são inseridos em atividades práticas desde o início do curso, eventualmente no atendimento às pessoas da comunidade por meio das ligas estudantis⁶. Nestas situações pode haver falta de supervisão durante a realização dos procedimentos práticos, predispondo-os a ocorrência de acidentes⁷.

É alta a taxa de acidentes envolvendo fluidos biológicos e materiais potencialmente contaminados entre graduandos da medicina. Mais da metade dos acidentes são relatados durante os estágios finais do curso com acidentes envolvendo sangue⁶. Estudos apontam características intrínsecas a esses futuros profissionais da saúde, quais sejam, inexperiência/falta de habilidades manuais, a própria condição de aprendizagem, insegurança e ansiedade durante a assimilação de novos conhecimentos. Concorrem para este cenário o não uso de EPIs nas práticas rotineiras e falhas na imunização/situação vacinal, revelando negligência quanto à necessidade e implantação das medidas de biossegurança necessárias^{5,8,9}.

Profissionais da equipe de enfermagem, assim como graduandos nessa área, também têm alto risco à exposição ocupacional e estão propensos a se acidentarem ao realizarem assistência ao paciente utilizando materiais perfurocortantes, principalmente nas punções venosas que requerem habilidade e precisão¹.

Infecções pelo vírus da hepatite B, hepatite C e HIV podem ser transmitidas através de acidentes envolvendo fluidos biológicos e instrumentos potencialmente contaminados que perfurem ou cortem¹⁰. Dessa forma, pode haver a transmissão de agentes que proporcionam o desenvolvimento de doenças, pela exposição percutânea, cutânea, em mucosas, inclusive nos casos de mordeduras humanas¹¹.

Para o acompanhamento destas exposições, as instituições de saúde devem estabelecer um protocolo a ser aplicado a todos os graduandos expostos a acidentes,

estruturado nas seguintes etapas: aplicação dos primeiros socorros; notificação do acidente à chefia imediata, encaminhamento ao Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), notificação à Comissão Interna de Infecção Hospitalar (CCIH) e ao serviço de recursos humanos, conforme a rotina estabelecida na instituição; preenchimento da ficha de investigação de acidente com exposição a material biológico; submissão à avaliação médica; realização de exames laboratoriais específicos; emprego de quimioprofilaxia quando indicada; abertura da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) aplicada aos colaboradores da instituição, além de acompanhamento laboratorial se indicado.

Assim, teve-se como propósito neste estudo apreender o conhecimento quanto a essa temática dentre os alunos de medicina e enfermagem, como subsídio para a implantação de novas estratégias de conhecimento que possibilitem a conscientização quanto à importância e à necessidade do uso de EPIs no manejo com pacientes e fontes de fluidos biológicos.

OBJETIVOS

Apreender o conhecimento dos graduandos dos cursos de medicina e enfermagem quanto à conduta pós-exposição a fluidos biológicos; e identificar a ocorrência de acidentes com material biológico entre a população do estudo.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo realizado em uma Instituição de Ensino Superior (IES) do noroeste paulista. Compuseram a amostra do estudo 60 graduandos do 5º e 6º ano do curso de medicina (internato), dos 128 alunos matriculados, e 25 alunos dos 42 matriculados no 4º ano do curso de enfermagem. Parte-se do princípio que tais graduandos haviam recebido conhecimentos durante o processo ensino aprendizagem e, portanto, estariam aptos a atuarem em atividades clínico-cirúrgicas, bem como conscientes da importância e necessidade do uso de EPIs.

Foi critério de inclusão pertencer à IES onde o estudo foi realizado e estar matriculado nos referidos cursos. O estudo foi realizado com a aprovação do Comitê de Ética (CEP), sob o parecer nº 80/11. Utilizou-se como instrumento na coleta de dados um questionário

contendo perguntas abertas e fechadas referentes ao tema em questão. Os dados foram coletados nos meses de junho e agosto de 2013, e a coleta de dados ocorreu nas respectivas salas de aula, em horários de atividades curriculares, após prévio esclarecimento e concordância sobre o estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados e discutidos segundo as variáveis (gênero e idade); conhecimento sobre a conduta após a ocorrência de acidentes com fluidos biológicos; acidentes segundo o local de ocorrência, tipo de exposição, material orgânico, circunstância e agente causador; e uso dos EPIs por ocasião do acidente.

Perfil dos sujeitos do estudo

Participaram do estudo 24 graduandos (37,5%) do 5º ano e 36 (56,25%) do 6º ano do curso de medicina; e 25 (59,53%) graduandos do 4º ano do curso de enfermagem. Entre os graduandos do internato, no 5º ano, metade representou os gêneros, masculino e feminino; no 6º ano, 47,3% eram do sexo masculino e 52,8% do feminino; para a faixa etária, 70% dos graduandos do internato tinham entre 23 a 26 anos. Na enfermagem, predominaram pessoas do gênero feminino (96%) e 4% do masculino com faixa etária predominante de 21 a 23 anos.

Conhecimento quanto à conduta após a ocorrência de acidentes com fluidos biológicos

Na grade curricular dos cursos de graduação em enfermagem e medicina essa temática já havia sido abordada em diferentes disciplinas. Segundo os sujeitos do 5º ano do curso de medicina, as disciplinas foram Enfermagem (41%), Infectologia (31%) e Medicina Preventiva (22%); no 6º ano Infectologia (57%) e Enfermagem (21%). Na enfermagem, embora os sujeitos tenham afirmado que abordagens foram feitas sobre o assunto durante a graduação, 37% não souberam informar em qual disciplina, enquanto 21% citaram Fundamentos de Enfermagem, seguida de Microbiologia e Saúde do Trabalhador, ambas com 16%.

O ensino é uma atividade humana e parte do processo educativo. É fundamental fazer a junção entre o conteúdo e o desenvolvimento das capacidades de pensar por meio de conteúdos integradores. O fato

de o assunto ser abordado em algumas disciplinas não significa que o tema esteja sendo trabalhado de forma a promover a construção do conhecimento e a mudança de hábitos por parte dos graduandos. A falta de integração entre os conteúdos dificulta ao aluno fazer associações de conhecimentos. A abordagem contínua integrando teoria e prática é necessária para que os alunos possam adquirir uma postura ética, reflexiva e segura acerca da segurança ocupacional³.

O Ministério da Saúde¹¹ classifica as exposições com material biológico em: percutâneas (lesões provocadas por instrumentos perfurantes e cortantes), mucosas (existência de respingos envolvendo olho, nariz e boca), cutâneas (contato com pele não íntegra) e mordedura humana (consideradas exposição de risco na

presença de sangue).

Quando questionados sobre o conhecimento quanto aos tipos de exposição que ocorrem em acidentes envolvendo fluidos biológicos, 92% dos sujeitos do 4º ano de enfermagem afirmaram conhecê-los; entre os da medicina a resposta foi afirmativa em 58,3% dos sujeitos do 5º ano e 55,6% do 6º ano. Entretanto, quando solicitados a que citassem quais os tipos de exposição envolvendo material biológico, 40% dos graduandos do 6º ano e 14% do 5º ano de medicina, e 8% do 4º ano de enfermagem não souberam responder.

Na Tabela 1 pode-se observar os dados quanto ao conhecimento dos graduandos do 4º ano de enfermagem e do 5º e 6º anos da medicina quanto à conduta pós exposição a fluidos biológicos.

Tabela 1 - Variáveis apresentadas pelos sujeitos do estudo sobre a conduta pós exposição a fluidos biológicos

VARIÁVEIS	4º ano enfermagem		5º ano medicina		6º ano medicina	
	N=25	%	N=24	%	N=36	%
Primeiros socorros após a exposição a fluidos biológicos						
Sim	19	76	8	33,3	16	44,4
Não	6	24	16	66,7	20	55,6
Seguimento laboratorial após a ocorrência do acidente						
Sim	18	72	10	41,7	22	61,1
Não	7	28	14	58,3	14	38,9
Preenchimento do formulário de notificação pós acidente						
Sim	21	84	18	75	33	92
Não	4	16	6	25	3	8
Avaliação médica após a ocorrência do acidente						
Sim	12	48	13	54	18	50
Não	13	52	11	46	18	50

Os primeiros socorros após a exposição a fluidos biológicos devem ser realizados imediatamente após a exposição ao material biológico¹¹, porém 66,7% dos sujeitos do 5º ano e 55,6% do 6º ano de medicina não demonstraram domínio de conhecimento; entre os sujeitos da enfermagem, 76% alegaram ter conhecimento sobre o assunto. São recomendações após exposição a material biológico: cuidados imediatos com a área acidentada; para exposições percutâneas ou cutâneas: lavagem

exaustiva do local exposto com água e sabão. Outra opção inclui o uso de soluções antissépticas degermantes, sendo que na exposição de mucosas é necessário lavar o local exaustivamente com água ou com solução salina fisiológica¹¹.

Do montante de sujeitos, realizaram exames laboratoriais após a exposição a fluidos biológicos, 72% dos graduandos do 4º ano de enfermagem; 41,7% do 5º ano e 61,1% do 6º ano de medicina. Segundo o Ministério da

Saúde¹¹, a avaliação do paciente fonte para a infecção pelo HIV, hepatite B e hepatite C é fundamental na ocorrência do acidente; caso o paciente seja desconhecido é necessária a realização de exames sorológicos pelo acidentado. Recomenda-se para pacientes-fonte conhecidos realizar exames laboratoriais: anti-HIV, HBsAG e anti-HCV; para resultados sorológicos não reagentes para infecção pelo HIV/VHB/VHC no momento do acidente, testes adicionais da fonte não estão indicados, assim como não estão indicados exames de seguimento do profissional acidentado. Paciente fonte conhecido com sorologia desconhecida com impossibilidade de testagem, ou se as informações dos registros forem insuficientes, o acompanhamento clínico-laboratorial do trabalhador é obrigatório.

A maioria dos sujeitos do estudo tinha conhecimento sobre a necessidade de preenchimento do formulário pós-acidente envolvendo fluidos biológicos; assim como demonstrado: 4º ano da enfermagem (84%), 5º ano medicina (75%) e 6º ano medicina (92%). A portaria nº 777/GM do Ministério da Saúde estabelece os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador. A partir de 2007 a

notificação de acidentes biológicos tornou-se mais efetiva com a introdução da ficha de investigação de casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo que entre julho de 2007 e junho de 2010 registraram-se pelo Sistema de Notificação de Acidentes Biológicos (SINABIO) 33.856 notificações, mais que o dobro anteriormente ao ano de 2006¹².

A avaliação médica após a ocorrência do acidente era desconhecida por cerca da metade dos entrevistados: 50% dos alunos de medicina, 5º e 6º anos, e 52% dos alunos do 4º ano de enfermagem. O Ministério da Saúde preconiza que o atendimento deva ser realizado em no máximo 72 horas após o acidente, sendo ideal que ocorra duas horas após a ocorrência da exposição¹¹.

A Tabela 2 apresenta dados sobre o conhecimento das etapas a serem realizadas após a ocorrência do acidente envolvendo fluidos biológicos, as quais correspondem aos primeiros socorros para região atingida, seguimento laboratorial com exames sorológicos referentes ao HIV, hepatites B e C, preenchimento do formulário de notificação do acidente e a avaliação médica após sua ocorrência.

Tabela 2 - Esclarecimentos quanto às condutas por ocasião do acidente e a exposição a fluidos biológicos segundo graduandos

Etapas a serem realizadas após a ocorrência do acidente	4º ano enfermagem		5º ano medicina		6º ano medicina	
	N=25	%	N=24	%	N=36	%
Muito esclarecido	5	20	2	17	1	28
Com esclarecimento suficiente	18	72	18	75	25	69
Sem nenhum esclarecimento	2	8	4	8	10	3

Verifica-se que entre os graduandos do 4º ano de enfermagem, 20% consideravam-se muito esclarecidos, 72% com esclarecimento suficiente e 8% sem nenhum esclarecimento; os da medicina do 5º ano: 17% muito esclarecidos, 75% com esclarecimento suficiente, 8% sem nenhum esclarecimento, e do 6º ano: 28% muito esclarecidos, 69% com esclarecimento suficiente e 3% sem nenhum esclarecimento. Após a exposição acidental a fluidos biológicos, o próprio graduando pode inicialmente realizar os primeiros socorros em virtude das características da lesão que, na maioria das vezes, é pequena, e após, comunicar o docente responsável para a notificação do acidente e preenchimento da ficha de investigação de Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico; assim como deverá ser submetido à avaliação médica e

à coleta de material para exames laboratoriais. Diante do resultado de exames, se indicado, iniciar medicamentos para quimioprofilaxia¹³. Os sujeitos do estudo neste quesito se consideravam com esclarecimento suficiente acerca das etapas a serem realizadas após a ocorrência de acidente.

Acidentes segundo o local de ocorrência, tipo de exposição, material orgânico, circunstância e agente causador

Em relação à ocorrência de acidentes, os sujeitos do 4º ano de enfermagem negaram a ocorrência de acidentes envolvendo fluidos biológicos durante o ensino clínico, enquanto os do curso de medicina do 5º e 6º ano relataram a ocorrência de acidentes durante o período do internato, alguns mais de uma vez (Tabela 3).

Tabela 3 - Acidentes com exposição a fluidos biológicos entre alunos do internato de medicina

VARIÁVEIS	5º ano		6º ano	
	N=2	%	N=12	%
Local de ocorrência do acidente				
Pronto Socorro	02	100	10	83,3
Centro Cirúrgico	-	-	02	16,7
Tipo de exposição				
Mucosa ocular	01	50	08	66,6
Percutânea	01	50	02	16,7
Pele íntegra	-	-	02	16,7
Material orgânico				
Sanque	01	50	10	83,3
Fluido com sanque	01	50	01	8,3
Líquido ascítico	-	-	01	8,3
Circunstância do acidente				
Procedimento cirúrgico: sutura	01	50	07	58,4
Administração medicamento: IM	01	50	-	-
Administração de medicamento: SC	-	-	03	25,0
Procedimento cirúrgico: instrumentação	-	-	01	8,3
Procedimento obstétrico: parto normal	-	-	01	8,3
Agente causador				
Aagulha com lúmen	-	-	03	25,0
Jato/respingo	01	50	06	50,0
Lâmina	-	-	01	8,3
Aagulha sem lúmen	01	50	02	16,7

No Pronto Socorro ocorreram dois acidentes envolvendo graduandos do 5º ano e 83,3% das ocorrências com graduandos do 6º ano; quanto ao tipo de exposição, os do 5º ano tiveram exposição de mucosa e percutânea (totalizando 100%). No 6º ano foram relatados 12 acidentes, sendo 66,6% por exposição de mucosa e 16,7% exposição percutânea; sangue foi o material orgânico que predominou na ocorrência dos acidentes, sendo 50% entre os sujeitos do 5º ano e 83,3% no 6º ano; sutura foi responsável por 50% dos acidentes no 5º ano e 58,4% no 6º ano; o jato/respingo (de sangue) e agulha sem lúmen foram responsáveis pelos acidentes ocorridos entre os alunos do 5º ano e 50% do 6º ano.

Resultados encontrados em outros estudos demonstraram que nas unidades de atendimento de

urgência e emergência são realizados procedimentos de maior complexidade. Credita-se a esse fato a falta de destreza para realizá-los^{14,15}. Sangue foi o material biológico relatado em 88,3% dos acidentes com graduandos de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais⁶.

A subnotificação dos acidentes com fluidos biológicos e materiais perfurocortantes ocorridos com graduandos durante as atividades práticas assistenciais diminui as estatísticas referentes aos acidentes ocorridos durante a graduação¹⁴.

Uso dos EPIs no momento do acidente

A esse respeito todos os alunos afirmaram que faziam uso no momento do acidente, conforme relatado pelos alunos acidentados do 5º ano e 75% no 6º ano.

Na descrição quanto ao tipo de EPI, foram apontadas luvas de proteção e óculos de proteção. Estes devem ser usados sempre que houver a possibilidade de respingos de material biológico durante a realização de procedimento³.

O uso de EPI é fundamental para uma prática segura em serviços de assistência à saúde. Entretanto, esta segurança se efetua não apenas pela adoção dos equipamentos, mas também pelo conhecimento adequado que cada um deles tem diante das diferentes circunstâncias e situações a serem vivenciadas pelos graduandos na assistência ao paciente. Nas atividades práticas durante o internato o aluno demonstra o conhecimento adquirido no processo ensino aprendizagem.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se por meio do estudo que a maioria dos discentes do 4º ano de enfermagem e os do 5º e 6º anos (internato) do curso de medicina possuíam

conhecimento suficiente sobre a conduta após exposição acidental envolvendo fluidos biológicos.

Quanto à ocorrência de acidentes, estes envolveram alunos do quinto e sexto ano da graduação durante o internato de medicina, especialmente nas áreas de pronto socorro acometendo mucosas e acidentes percutâneos com predomínio de sangue dentre os materiais biológicos. Todavia, por ocasião dos acidentes todos usavam EPIs.

As medidas de biossegurança e a adoção de comportamentos seguros devem ser adotadas desde a formação profissional. Dessa forma, a conscientização de uma prática segura no ambiente de trabalho nos cursos de graduação é essencial.

A IES tem papel fundamental na preparação dos discentes antes que os mesmos iniciem as atividades práticas, considerando que a exposição a materiais biológicos deve ser tratada como uma emergência médica, pois pode trazer consequências para a saúde.

REFERÊNCIAS

1. Galon T, Robazzi MLCC, Marziale MHP. Acidentes de trabalho com material biológico em hospital universitário de São Paulo. *Rev Eletr Enf.* 2008; 10(3):673-85.
2. Canalli RTC, Moriya TM, Hayashida M. Prevenção de acidentes com material biológico entre estudantes de enfermagem. *Rev Enferm.* 2011; 19(1):100-6.
3. Souza ACS, Neves HCC, Tipple AFV, Santos SLV, Silva CF, Barreto RAS. Conhecimento dos alunos de enfermagem sobre equipamentos de proteção individual: a contribuição das instituições formadoras. *Rev Eletr Enf.* [Internet]. 2008 [acesso em 2013 ago 14]; 10(2):428-37. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a14.htm>
4. Silva JA, Paula VS, Almeida AJ, Villar LM. Acidentes biológicos entre profissionais de saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009; 13(3):508-16.
5. Oliveira AC, Gonçalves JA. Incidência de acidentes com material perfurocortante entre alunos de graduação em ciências da saúde. *Cienc Cuid Saúde.* 2009; 8(3):385-92.
6. Reis JMB, Lamounier Filho A, Rampinelli CA, Soares ECS, Prado RS, Pedroso ERP. Training-related accidents during teacher-student-assistance activities of medical students. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2004; 37(5):405-8.
7. Antunes HM, Cardoso LO, Antunes RPG, Gonçalves SP, Oliveira H. Biossegurança e ensino de medicina na Universidade Federal de Juiz de Fora, (MG). *Rev Bras Educ Med.* 2010; 34(2):335-45.
8. Chehuen Neto JA, Sirimarc MT, Leite ICG, Gonçalves MPC, Delgado AAA, Calo GB, et al. Situação vacinal dos discentes da Faculdade de Medicina da UFJF-MG. *Rev Bras Educ Med.* 2010; 34(2):270-7.
9. Cortijo J, Gomes M, Samalvides F. Cambios em conocimientos, actitudes y aptitudes sobre bioseguridad en estudiantes de los últimos años de Medicina. *Rev Med Hered.* 2010; 21(1):27-31.
10. Damasceno AP, Pereira MS, Souza ACS, Tipple AFV, Prado MA. Acidentes ocupacionais com material biológico: a percepção do profissional acidentado. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(1):72-7.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. *Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV- 2008, Suplemento 3. Tratamento e prevenção.* Brasília: MS; 2010.
12. Boletim Epidemiológico Paulista. Vigilância epidemiológica dos acidentes ocupacionais com exposição a fluidos biológicos no Estado de São Paulo – 2007-2010. [Internet]. 2011 [acesso em 2013 nov 18]; 8(94):16-29. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/bepa/pdf/bepa9411.pdf>
13. Canalli RTC, Moriya TM, Hayashida M. Acidentes com material biológico entre estudantes de enfermagem. *Rev Enferm UERJ.* 2010; 18(2):259-64.
14. Oliveira AC, Diaz MEP, Toledo AD. Acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes entre a equipe multiprofissional de uma unidade de emergência. *Cienc Cuid Saúde.* 2010; 9(2):341-9.
15. Shimizu HE, Ribeiro EJG. Ocorrência de acidente de trabalho por materiais perfurocortantes e fluidos biológicos em estudantes e trabalhadores da saúde de um hospital escola de Brasília. *Rev Esc Enferm USP.* 2002; 36(4):367-75.

Recebido em: 20/09/2014

Aceito em: 02/02/2015

PREVALÊNCIA DE SÍNDROME METABÓLICA EM ADOLESCENTES OBESOS: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

PREVALENCE OF METABOLIC SYNDROME IN OBESE ADOLESCENTS: DIAGNOSTIC CRITERIA

PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN ADOLESCENTES OBESOS: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Juliana Fonoff*, Larissa de Cairo Souza*, Taiane Almeida Celeghin*, Amanda Oliva Gobato**

Resumo

Introdução: Nas últimas décadas, os adolescentes têm se confrontado com o problema da obesidade e suas consequências implicam no desenvolvimento de comorbidades como a síndrome metabólica. **Objetivo:** Verificar a prevalência da síndrome metabólica em adolescentes obesos utilizando três diferentes critérios para o diagnóstico. **Material e Método:** Estudo transversal realizado com 79 adolescentes obesos de 10 a 18 anos de idade, de ambos os sexos, atendidos no Ambulatório de Obesidade na Criança e no Adolescente do Hospital de Clínicas da UNICAMP-SP. Foram realizadas avaliações antropométricas, de pressão arterial e bioquímicas. A síndrome metabólica foi diagnosticada com base em três diferentes autores: International Diabetes Federation (IDF), Cook e Ferranti. Todos incluem cinco variáveis: circunferência da cintura, pressão arterial, HDL- colesterol, triglicérides e glicemia em jejum, sendo necessária a alteração de pelo menos três critérios para o diagnóstico da síndrome metabólica. A comparação entre dois grupos independentes foi realizada pelo teste de Mann-Whitney. Para avaliar a diferença na proporção entre as variáveis utilizou-se o teste do Qui-quadrado de McNemar. A análise de concordância entre os diferentes critérios diagnósticos foi realizada pelo teste de Kappa. **Resultados:** A síndrome metabólica foi diagnosticada em 43, 59,5 e 24% dos adolescentes, de acordo com as definições de Cook, Ferranti e IDF, respectivamente. O componente mais prevalente foi circunferência abdominal (92,4, 100 e 94,9%, respectivamente) e o menos prevalente foi a glicemia de jejum, sendo 3,8% para todos os critérios. A análise de concordância mostrou que Cook e Ferranti apresentaram maior concordância para classificação da síndrome metabólica ($k=0,679$). A menor concordância encontrada foi entre Ferranti e IDF ($k=0,355$). **Conclusão:** Os resultados mostraram considerável diferença entre os três critérios diagnósticos. É necessário um consenso em relação aos critérios diagnósticos da SM para crianças e adolescentes, para que não haja divergências quanto à prevalência da doença nesta população.

Palavras-chave: Obesidade. Síndrome metabólica. Adolescente.

Abstract

Introduction: During the last decades, teens have been facing the problem of obesity and its consequences involve the development of comorbidities such as metabolic syndrome. **Objective:** To verify the prevalence of metabolic syndrome in obese adolescents using three different criteria for diagnosis. **Material and Method:** cross-sectional study performed with 79 obese adolescents of both sexes ranging from 10 to 18 years of age, followed at the Children and Adolescents Obesity Ambulatory at the Clinics Hospital of the State University of Campinas-SP. Anthropometric, biochemical and blood pressure evaluations were carried out. Metabolic Syndrome diagnosis was established according with the criteria of three different authors: *International Diabetes Federation* (IDF), Cook and Ferranti. All include five variables: waist circumference, blood pressure, HDL cholesterol, triglycerides and fasting glycemia, requiring the presence of at least three items for the diagnosis of metabolic syndrome. The comparison between two independent groups was held by the Mann-Whitney test. To evaluate the difference in proportion between the variables we used the Chi-square McNemar test. The concordance analysis between the different diagnostic criteria was conducted by the Kappa test. **Results:** metabolic syndrome was diagnosed in 43, 59.5 and 24% of teenagers, according to the definitions of Cook, Ferranti and IDF, respectively. The most prevalent component was waist circumference (92.4, 100 and 94.9%, respectively), being fasting glucose the less prevalent (3.8% for all criteria). The concordance analysis showed that Cook and Ferranti definitions had higher correlation for metabolic syndrome classification ($k = 0.679$). The lowest agreement was found between Ferranti and IDF ($k=0.355$). **Conclusion:** The results showed significant difference among the three diagnostic criteria. A consensus regarding MS diagnostic criteria for children and adolescents is required, in order to avoid differences in terms of prevalence of the disease in this population.

Keywords: Obesity. Metabolic syndrome. Adolescent.

Resumen

Introducción: En las últimas décadas, los adolescentes han lidiado con el problema de la obesidad y sus consecuencias implican el desarrollo de comorbilidades como el síndrome metabólico. **Objetivo:** Comprobar la prevalencia del síndrome metabólico en adolescentes obesos mediante tres criterios diferentes para el diagnóstico. **Material y Método:** Estudio transversal de 79 adolescentes obesos, 10-18 años de edad, de ambos sexos, atendidos en la Clínica de Obesidad de los Niños y los Adolescentes del Hospital de Clínicas de UNICAMP-SP. Se realizaron mediciones antropométricas, la evaluación de la presión arterial y evaluaciones bioquímicas. El síndrome metabólico fue diagnosticado basándose en tres autores distintos: *International Diabetes Federation* (IDF), Cook y Ferranti. Todos incluyen cinco variables: circunferencia de la cintura, presión arterial, HDL-colesterol, triglicéridos y glucemia en ayunas, lo que requiere el cambio de al menos tres criterios para el diagnóstico de síndrome metabólico. La comparación entre dos grupos independientes se realizó mediante

* Nutricionistas pela Faculdade Integrada Metropolitana de Campinas (METROCAM-Grupo Ibmecc), Campinas-SP.

** Nutricionista graduada pela Faculdade Integrada Metropolitana de Campinas (METROCAM-Grupo Ibmecc) e mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Unicamp. Contato: nutricionista.amanda@hotmail.com

el test de Mann-Whitney. Para evaluar la diferencia en laproporción entre lãs variables fue utilizado el test chi-cuadrado de McNemar. El análisis de concordancia entre los diferentes criterios de diagnóstico fue realizado por el test de Kappa. Resultados: El síndrome metabólico se diagnosticó en 43, 59,5 y 24% de los adolescentes, conforme a las definiciones de Cook, Ferranti y IDF, respectivamente. El componente más prevalente fue la circunferencia abdominal (92,4, 100 y 94,9%, respectivamente) y lo menos frecuente fue la glucemia en ayunas, 3,8% para todos los criterios. El análisis de concordância mostrou que Cook y Ferranti mostraron una mayor concordancia para la clasificación del síndrome metabólico ($k=0,679$). La concordância menor se encontró entre Ferranti y IDF ($k=0,355$). Conclusión: Los resultados mostraron diferencia significativa entre los tres criterios de diagnóstico. Se necesita un consenso sobre los criterios diagnósticos del síndrome metabólico en niños y adolescentes, por lo que no existan discrepancias sobre la prevalencia de la enfermedad en esta población.

Palabras clave: Obesidad. Síndrome metabólico. Adolescente.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o número de adolescentes obesos vem crescendo consideravelmente, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. A obesidade, considerada uma doença crônica e epidêmica, tem se tornando cada vez mais um fator preocupante, por conta dos prejuízos à saúde da população¹.

O processo de transição nutricional no Brasil gerou profundas mudanças nos hábitos alimentares, no contexto de um mundo progressivamente globalizado, onde se entrelaçam processos históricos e culturais próprios de cada localidade². Neste processo de transição ocorreu um declínio da desnutrição concomitante ao aumento do sobrepeso e da obesidade na população brasileira. Essas mudanças são causadas por diversos fatores: aumento de famílias nas regiões urbanas, diminuição do número de filhos e da mortalidade infantil; aumento da distribuição de renda, fator que justifica tendência crescente da substituição de alimentos básicos e tradicionais da dieta brasileira por bebidas e alimentos industrializados³.

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, realizada pelo IBGE, ao avaliar o estado nutricional da população, aponta que a prevalência de obesidade em adolescentes se manteve crescente, sendo que no sexo masculino o percentual foi de 0,4% para 5,9% e no feminino, de 0,7% para 4% no período 1974-2009³. São dados preocupantes, já que a obesidade na infância e na adolescência está estreitamente ligada à obesidade na vida adulta⁴.

Hábitos alimentares considerados inadequados aliados ao aumento do sedentarismo têm grande influência no desenvolvimento da obesidade mundial. Estes fatores contribuem para um balanço energético positivo, que ocorre quando o valor calórico ingerido é superior ao gasto, promovendo estoques de energia e aumentando, assim, o peso corporal. A manutenção de um balanço energético positivo relativo às necessidades do organismo pode ser

consequência tanto do aumento da ingestão calórica, quanto da redução de calorias gastas, ou os dois fatores combinados⁵. No caso do brasileiro, prevalecem hábitos alimentares incorretos, ou seja, consumo insuficiente de frutas e hortaliças e consumo excessivo de açúcar e gorduras em geral, especialmente as saturadas⁶.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica os adolescentes entre 10 a 19 anos. O diagnóstico de obesidade nesta população é baseado nos gráficos da OMS que consideram obesos os adolescentes com índice de massa corporal (IMC) \geq P97 para idade e sexo⁷.

A preocupação com a obesidade relaciona-se ao desenvolvimento das comorbidades e complicações geradas pelo excesso de peso⁸. A síndrome metabólica (SM) constitui um transtorno representado por um conjunto de fatores de risco para doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, hipertrigliceridemia, baixos níveis de HDL-colesterol e aumento da circunferência abdominal⁹.

A prevalência de SM em crianças e adolescentes, bem como a sua associação com a obesidade, têm sido alvo de diversos estudos. Entretanto, há divergência entre os critérios para o diagnóstico da SM quando se compara os resultados obtidos nestes estudos¹⁰.

Nas últimas décadas, diversas organizações desenvolveram diferentes critérios para o diagnóstico da SM em crianças e adolescentes¹¹⁻¹⁴, e ainda não há consenso na literatura de qual critério deva ser utilizado.

Os critérios para o diagnóstico da SM em adultos estão bem definidos e foram formulados pelo *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III*¹⁵. No entanto, para crianças e adolescentes, os critérios diagnósticos e seus pontos de corte considerados de risco ainda não estão estabelecidos. Desta forma, não há consenso para o diagnóstico da SM em crianças e adolescentes, e dependendo do critério utilizado, a prevalência da SM encontrada na literatura pode variar de 28,7 a 49,7% em adolescentes obesos^{11,13,16-18}.

A primeira proposta para definição da SM em adolescentes foi publicada em 2003. Cook e colaboradores¹¹ adaptaram os critérios de NCEP-ATP III para adultos e propuseram uma definição de SM para adolescentes, que é definida quando três ou mais dos seguintes critérios estão alterados: triglicérides $\geq 100\text{mg/dL}$, glicemia de jejum $\geq 110\text{mg/dL}$, HDL-colesterol $\leq 40\text{mg/dL}$, pressão arterial (PA) sistólica e/ou diastólica ≥ 90 para idade, sexo e percentil de altura e circunferência abdominal (CA) ≥ 90 para idade e sexo. Neste estudo, a prevalência encontrada na população em geral com idade entre 12 e 19 anos foi de 4,2%, mas quando analisados os dados apenas dos adolescentes obesos, a prevalência de SM subiu para 28,7%.

A segunda proposta de definição para SM utilizada por Ferranti e colaboradores¹² é muito semelhante a anterior, mas os pontos de corte são inferiores em relação a CA e perfil lipídico (HDL e triglicérides), aumentando, assim, a prevalência de SM na população estudada para 31%.

A terceira definição é proposta pela *International Diabetes Federation* (IDF)¹⁴. Os estudiosos dividiram as crianças em grupos por idade. Diferentemente dos critérios anteriores, a IDF fixou os pontos de corte para PA, HDL, triglicérides e glicemia; apenas para a CA utiliza-se percentil para classificação. Os critérios utilizados para adolescentes de 10 a 16 anos consistem em: CA ≥ 90 , glicemia de jejum $\geq 100\text{mg/dL}$ ou diagnóstico de diabetes *mellitus*, triglicérides $\geq 150\text{mg/dL}$, HDL-colesterol $< 40\text{mg/dL}$ ou utilização de drogas para dislipidemia, PA sistólica $\geq 130\text{mmHg}$ ou PA diastólica $\geq 85\text{mmHg}$ ou uso de drogas anti-hipertensivas. Para o diagnóstico, o paciente deve apresentar alteração na CA e dois ou mais fatores de risco. Para os adolescentes com 16 anos ou mais, a diferença na classificação da SM consiste em pontos de corte estabelecidos para a CA e há uma diferenciação na classificação do HDL-colesterol de acordo com o sexo.

Assim, permanecem discussões e dúvidas sobre qual critério deve ser utilizado na classificação da SM em crianças e adolescentes, já que não há um critério universal disponível para diagnosticar a SM nesta população em relação aos seus componentes e pontos de corte. Neste sentido, a proposta deste estudo é verificar se há diferença na prevalência encontrada de SM em adolescentes obesos quando utilizados diferentes autores para sua classificação.

OBJETIVO

Verificar a prevalência da síndrome metabólica em adolescentes obesos utilizando três diferentes critérios para o diagnóstico.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo transversal, realizado com adolescentes obesos entre 10 e 18 anos, de ambos os sexos, atendidos no Ambulatório de Obesidade na Criança e no Adolescente do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), SP, Brasil. Este trabalho é parte de um projeto intitulado "Esteatose hepática e esteatohepatite em adolescentes obesos". O estudo obedeceu às recomendações para pesquisas biomédicas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 196/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp pelo parecer nº 872/2010.

Os critérios de inclusão dos sujeitos do estudo foram: diagnóstico de obesidade baseado nas curvas de IMC obtidas com dados da OMS⁷; faixa etária de 10 a 18 anos de idade. Todos os adolescentes obesos atendidos no Ambulatório foram convidados a participar da pesquisa. O cálculo do tamanho da amostra foi efetuado considerando-se uma população de 100 pacientes que estavam em atendimento no Ambulatório. Com base em uma prevalência de esteatose hepática de 27%, erro amostral e nível de significância de 0,05, foi obtido um $n=76$. A amostra efetivamente estudada constituiu-se de 79 indivíduos entre 10 e 18 anos (40 homens e 39 mulheres).

Aplicou-se um protocolo de avaliação nos pacientes, contendo informações sobre dados pessoais, antecedentes pessoais e familiares, avaliação antropométrica, uso de medicamentos, exame físico e exames laboratoriais.

A análise laboratorial dos exames bioquímicos foi realizada pelo Laboratório de Patologia Clínica do Hospital de Clínicas da FCM/UNICAMP, onde foram coletadas amostras de sangue por punção venosa periférica pela manhã após jejum de 12 horas para realização dos seguintes exames: Glicemia de jejum, HDL-colesterol e triglicérides (TG): método colorimétrico enzimático, utilizando Kit de reagentes do Laboratório Roche Diagnostics®.

A PA foi avaliada com esfigmomanômetro de coluna de mercúrio da marca Unitec®, usando-se manguitos de tamanhos adequados à circunferência do braço do paciente. A hipertensão arterial foi definida a partir de valores de PA para idade, sexo e percentil de estatura e seguindo os procedimentos preconizados pela Sociedade Brasileira de Hipertensão¹⁹.

A SM é definida como a associação de pelo menos

três dos seguintes fatores de risco: obesidade abdominal, hipertensão arterial, hipertrigliceridemia, elevados níveis de glicemia de jejum e baixos níveis de HDL-colesterol. Para a IDF, o indivíduo deve, obrigatoriamente, apresentar obesidade abdominal e pelo menos mais dois fatores. O Quadro 1 apresenta as variáveis e seus respectivos pontos de corte para classificação da SM de acordo com diferentes autores.

Quadro 1 - Variáveis e pontos de corte segundo as diferentes classificações para a síndrome metabólica

Variáveis	Cook e colaboradores	Ferranti e colaboradores	IDF	
			10 – <16 anos	= 16 anos homens mulheres
HDL-C	=40 mg/dL	< 50 mg/dL	40 mg/dL	<40mg/dL ou tratamento para baixo nível de HDL
Glicemia	=110 mg/dL	= 110 mg/dL	= 100 mg/dL ou DM2	= 100 mg/dL ou DM2
TG	= 110 mg/dL	=100 mg/dL	=150 mg/dL	= 150mg/dL ou tratamento para hipertrigliceridemia
Pressão arterial	= P90 (idade/sexo/estatura)	= P90 (idade/sexo/estatura)	PAS = 130mmHg ou PAD = 85mmHg	PAS = 130mmHg PAD = 85mmHg ou uso de anti-hipertensivo
CA	= P90 (idade/sexo)	=P75 (idade/sexo)	= P90 (idade/sexo)	= 94 = 80

CA-circunferência abdominal; HDL-lipoproteína de alta densidade; IDF-*International Diabetes Federation*; P-percentil; PAD-pressão arterial diastólica; PAS-pressão arterial sistólica; TG-triglicérides; DM2-Diabetes Mellitus 2.

O IMC consiste no valor resultado do peso dividido pela estatura ao quadrado. A classificação do estado nutricional foi determinada segundo os dados da OMS, que considera obesos adolescentes com $IMC \geq P97$ para idade e sexo⁷.

Para aferir o peso, foi utilizada a balança de plataforma digital, marca Filizola®, com capacidade máxima de 150kg. Para leitura e registro do peso corporal, o paciente subiu descalço no centro da balança, vestindo roupas leves, em posição ereta, com peso distribuído em ambos os pés.

Para aferir estatura, o paciente permaneceu descalço, com a cabeça livre de adereços, ereto, braços estendidos ao longo do corpo, cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos; cabeça, ombros, nádegas e calcanhares em contato com o estadiômetro; foi abaixada a parte móvel do equipamento, fixando-o contra a cabeça com pressão suficiente para comprimir o cabelo; fixou-se a parte móvel do estadiômetro e o

paciente foi retirado quando houve certeza de que este não se moveu.

Para aferir a CA, foi utilizada a fita métrica da marca Sanny®. O paciente estava em pé, com o abdômen relaxado, braços estendidos, com a região da cintura desprovida de roupa. A medida foi realizada ao final da expiração, cuidadosamente, a fim de não comprimir a pele, onde foi marcado o ponto médio entre a última costela e a borda superior da crista ilíaca. Os valores obtidos foram avaliados conforme Fernández e colaboradores²⁰, segundo sexo e idade.

Os dados foram analisados no *software* IBM SPSS versão 20.0. A análise descritiva das variáveis contínuas compreendeu o cálculo das médias e seus respectivos desvios-padrão, ao passo que para as variáveis categóricas foram calculados seus valores percentuais.

Utilizou-se o teste de Kolmogorov Smirnov para avaliar a normalidade da distribuição das variáveis estudadas. A comparação entre dois grupos

independentes foi realizada pelo teste de Mann-Whitney. Para avaliar a diferença na proporção entre as variáveis da síndrome metabólica utilizou-se o teste do Qui-quadrado de McNemar. O teste Kappa (k) foi usado para avaliar o grau de concordância entre os três diferentes critérios diagnósticos para SM. O valor de k reflete a intensidade da concordância entre os métodos. Valores de kappa iguais a 1 indicam uma concordância perfeita entre ambos os métodos e valores iguais a zero indicam ausência de concordância entre os métodos testados²¹. O nível de significância adotado como base para decisão foi inferior a 5% ($p < 0,05$) para todos os testes.

RESULTADOS

Foram avaliados 79 pacientes, sendo 39 (49,36%) do sexo feminino e 40 (50,63%) do sexo masculino. A média de idade encontrada foi de 12,8 anos. As características do grupo estudado estão apresentadas na Tabela 1. Na comparação entre os grupos separados por sexo, apenas a glicemia de jejum apresentou diferença estatisticamente significativa, sendo mais elevada no sexo masculino (Tabela 2).

Tabela 1 - Descrição da amostra quanto às características antropométricas, clínicas e laboratoriais

Variáveis	Média ± DP
Idade (anos)	12,8 ± 2,36
Pressão sistólica (mmHg)	114,0 ± 15,0
Pressão diastólica (mmHg)	74,0 ± 11,0
Circunferência abdominal (cm)	101,7 ± 12,6
Índice de Massa Corporal (Kg/m ²)	32,04 ± 5,26
Glicemia de jejum (mg/dL)	83,2 ± 6,9
HDL-colesterol (mg/dL)	42,0 ± 9,0
Triglicérides (mg/dL)	101,0 ± 54,0

Tabela 2 - Características clínicas e bioquímicas dos adolescentes avaliados separados por sexo

	Sexo		p
	Mulheres (n = 39)	Homens (n = 40)	
Idade (anos)	12,90 ± 2,73	12,74 ± 1,96	0,750
Pressão sistólica (mmHg)	111,0 ± 12,0	116,0 ± 17,0	0,194
Pressão diastólica (mmHg)	73,0 ± 10,0	75,0 ± 11,0	0,393
Circunferência abdominal (cm)	100,6 ± 10,7	102,8 ± 14,3	0,372
Índice de Massa Corporal (Kg/m ²)	32,25 ± 4,92	31,84 ± 5,63	0,610
Glicemia de jejum (mg/dL)	81,8 ± 7,6	84,6 ± 5,9	0,037*
HDL-colesterol (mg/dL)	42,0 ± 9,0	42,0 ± 9,0	0,795
Triglicérides (mg/dL)	99,0 ± 45,0	102,0 ± 61,0	0,875

Teste McNemar - #proporções iguais ($p > 0,05$); *proporções diferentes ($p < 0,05$)

A Tabela 3 apresenta a proporção de SM e de seus critérios para o diagnóstico obtidos pelos três

diferentes autores. A comparação entre os três critérios pelo teste qui-quadrado mostrou que Ferranti apresentou maior proporção de SM que os demais (59,5%), e na comparação entre as proporções, o teste mostrou que há diferença significativa na classificação de SM pelos três autores.

Quando analisados separadamente os fatores de risco para classificação da SM, a IDF apresentou proporção significativamente menor quando comparada com os demais critérios dos outros autores para triglicérides e pressão arterial. Ferranti apresentou proporção significativamente maior do HDL-colesterol quando comparados com Cook e IDF. A glicemia de jejum obteve proporção igual entre os três autores. A pressão arterial apresentou proporção igual entre Cook e Ferranti, e HDL entre Cook e IDF (Tabela 3).

Tabela 3 - Comparação da proporção dos componentes da síndrome metabólica de acordo com três critérios diagnósticos diferentes

Variáveis	Cook e colaboradores	Ferranti e colaboradores	IDF
Componentes	% (n)	% (n)	% (n)
Pressão arterial	40,5% (32)*#	40,5% (32)*#	21,5% (17)*
Circunferência abdominal	92,4% (73)#	100% (79)	94,9% (75)#
Glicemia de jejum	3,8% (3)#	3,8% (3)#	3,8% (3)#
HDL-colesterol	48,1% (38)*#	78,5% (62)*	49,3% (39)*#
Triglicérides	37,9% (30)*	48,1% (38)*	8,8% (7)*
Síndrome metabólica	43% (34)*	59,5% (47)*	24% (19)*
Número de componentes da SM			
0	5% (4)	0% (0)	3,8% (3)
1	22,8% (18)	10,1% (8)	40,5% (32)
2	29,1% (23)	30,4% (24)	31,6% (25)
3	31,6% (25)	39,2% (31)	21,5% (17)
4	10,1% (8)	19% (15)	2,5% (2)
5	1,2% (1)	1,2% (1)	0% (0)

Teste McNemar - #proporções iguais ($p > 0,05$); *proporções diferentes ($p < 0,05$)

A análise de concordância entre os critérios mostrou que Cook e Ferranti apresentaram maior concordância para classificação da SM ($k=0,679$). A menor concordância encontrada foi entre Ferranti e IDF ($k=0,355$).

Na verificação dos critérios em pares da SM, Cook e Ferranti mostraram concordância entre todos os critérios, com exceção apenas do HDL-colesterol ($k=0,405$). Em relação à IDF, a menor concordância encontrada foi triglicérides com Cook ($k=0,274$) e Ferranti ($k=0,190$). Os dados de concordância estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Análise da concordância dos componentes da síndrome metabólica de acordo com três critérios diagnósticos diferentes

Cook e colaboradores	Ferranti e colaboradores	p
Pressão arterial	1,000	0,0001
Circunferência abdominal	-	-
Glicemia de jejum	1,000	0,0001
HDL-colesterol	0,405	0,0001
Triglicérides	0,796	0,0001
Síndrome metabólica	0,679	0,0001

Cook e colaboradores	IDF	p
Pressão arterial	0,574	0,0001
Circunferência abdominal	0,787	0,0001
Glicemia de jejum	1,000	0,0001
HDL-colesterol	0,848	0,0001
Triglicérides	0,274	0,0001
Síndrome metabólica	0,536	0,0001

Ferranti e colaboradores	IDF	p
Pressão arterial	0,574	0,0001
Circunferência abdominal	-	-
Glicemia de jejum	1,000	0,0001
HDL-colesterol	0,439	0,0001
Triglicérides	0,190	0,0004
Síndrome metabólica	0,355	0,0001

Teste Kappa; *p<0,05

DISCUSSÃO

Por causa dos diferentes pontos de corte dos componentes da SM, divergências no diagnóstico têm sido observadas. Isso ocorre por causa das várias definições da SM serem propostas para adultos, dessa forma, anormalidades que não são frequentes na infância e adolescência estão incluídas entre as variáveis utilizadas para o diagnóstico da SM em crianças e adolescentes²².

O presente estudo demonstrou que entre os adolescentes obesos, a SM apresentou elevada prevalência pelos três critérios diagnósticos avaliados. A menor prevalência encontrada foi pela IDF (24%) e a maior por Ferranti (59,5%).

Estes dados corroboram com os de Costa e colaboradores¹⁰, cujo estudo também encontrou esta diferença entre os critérios avaliados, mas a prevalência foi mais elevada, o que pode ser explicado pelo número de adolescentes avaliados (n=169).

Outros estudos também encontraram maior prevalência de SM por Ferranti²³, o que pode ser explicado pelo valor de corte para circunferência abdominal, HDL-C e TG inferiores aos dos outros critérios.

Pelos três critérios diagnósticos avaliados na amostra, a variável de maior prevalência foi circunferência da cintura, o que tem sido observado em diferentes estudos por causa da relação entre obesidade abdominal e síndrome metabólica²⁴.

Os adolescentes, mesmo estando acima do peso, raramente apresentam glicemia de jejum alterada¹³. Este fato foi comprovado no presente estudo por ser a variável que apresentou menor proporção, sendo 3,8% para todos os critérios avaliados.

Em contrapartida, as alterações na pressão arterial e baixos níveis de HDL-C são frequentes em adolescentes obesos e fatores de risco para o desenvolvimento da SM²⁵. O ponto de corte utilizado para alteração na pressão arterial que difere entre os três critérios usados neste estudo foi o da IDF, já que é mais alto e sem divisão para idade e sexo. Isso fez com que este critério permanecesse em menor proporção (21,5%) em relação aos critérios de Cook e Ferranti (40,5%).

Quanto ao número de fatores de risco, a ausência dos mesmos não foi observada em nenhum adolescente pelo critério de Ferranti, e em apenas 3,8% pela IDF e 5% por Cook. Nesta faixa etária também não é comum a presença dos cinco fatores de risco simultaneamente²⁶. Estão presentes neste estudo em apenas um paciente por Cook e um por Ferranti.

Mesmo que o foco do presente estudo seja a presença da SM por três diferentes critérios, é importante ressaltar a proporção de adolescentes que apresentaram somente um ou dois fatores de risco. Levando em consideração que são adolescentes obesos, são necessárias medidas preventivas, antes que outros fatores de risco se desenvolvam até a fase adulta¹.

A maior concordância diagnóstica entre os critérios estudados para SM foi entre Cook e Ferranti (67,9%), e a menor concordância foi entre Ferranti e IDF (35,5%).

Com base nos resultados apresentados neste estudo e outros encontrados na literatura^{10,22,23}, observou-se a necessidade de se estabelecer um consenso quanto aos pontos de corte para os fatores de risco e uma definição única para o diagnóstico da SM em crianças

e adolescentes. O intuito é diminuir as dificuldades de interpretação e comparação dos dados obtidos com outros estudos populacionais, e também para auxiliar nas medidas preventivas a serem empregadas. Uma vez que a conduta para a prevenção e tratamento depende do diagnóstico, a escolha do critério a ser utilizado pode comprometer a prescrição da intervenção.

CONCLUSÃO

Com os resultados obtidos, foi possível observar a elevada prevalência da SM pelos diferentes critérios

analisados, sendo a maior prevalência encontrada pelo critério estabelecido por Ferranti e a menor pela IDF.

Pode-se concluir que há diferença significativa na prevalência da SM em adolescentes quando utilizados os três critérios para o diagnóstico. Esta diferença está relacionada aos diferentes pontos de corte estabelecidos pelos autores.

Os critérios de Cook são os indicados pela Sociedade Brasileira de Pediatria para o diagnóstico de SM em crianças e adolescentes, contudo é necessário um consenso em relação a estes critérios, para que não haja divergências quanto à prevalência da doença nesta população.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira CLde, Mello MTde, Cintra IdeP, Fisberg M. Obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. *Rev Nutr*. 2004; 17(2):237-45.
2. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(1):181-91.
3. IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Rio de Janeiro; 2009.
4. Pinho AP, Brunetti IL, Pepato MT, Almeida CANde. Síndrome metabólica em adolescentes do sexo feminino com sobrepeso e obesidade. *Rev Paul Pediatr*. 2012; 30(1):51-6.
5. Pereira OP, Francisci RH, Lancha JR AH. Obesidade: hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2003; 47(2):111-27.
6. Brandão AP, Brandão AA, Berenson GS, Fuster V. Síndrome metabólica em crianças e adolescentes. *Arq Bras Card*. 2005; 85(2):1-3.
7. World Health Organization (WHO). Child growth standards. Growth reference 5-19 years. Geneva; 2007.
8. Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*. 1998; 101(2):518-25.
9. Cook S. The metabolic syndrome: antecedent of adult cardiovascular disease in pediatrics. *The Journal of Pediatrics*. 2004; 145(4):427-30.
10. Costa RF, Santos NS, Goldraich NP, Barski TF, Andrade KSde, Kruef LF. Metabolic syndrome in obese adolescents: a comparison of three different diagnostic criteria. *J Pediatr [Internet]*. 2012 [acesso em 2013 mar 15]; 88(4):1-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v88n4/a05v88n4.pdf>
11. Cook S, Weitzman M, Auinger P, Nguyen M, Dietz WH. Prevalence of a metabolic syndrome phenotype in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med [Internet]*. 2003 [acesso em 2013 mar 15]; 157(8):299-306. Disponível em: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=481403>
12. de Ferranti SD, Gauvreau K, Ludwig DS, Neufeld EJ, Newburger JW, Rifai N. Prevalence of the metabolic syndrome in american adolescents. *J Am Heart Assoc [Internet]*. 2004 [acesso em 2013 ago 23]; 110(16):2494-7. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/110/16/2494.long>
13. Weiss R, Dziura J, Burgert TS, Tamborlane WV, Taksali SE, Yeckel CW, et al. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *N Engl J Med [Internet]*. 2004 [acesso em 2013 abr 14]; 350(1):2362-74. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa031049>
14. Zimmet P, Alberti KG, Kaufman F, Tajima N, Silink M, Arslanian S, et al. IDF Consensus Group. IDF Consensus Group - The metabolic syndrome in children and adolescents - and IDF consensus report. *Pediatr Diabetes*. 2007; 8(5):299-306.
15. National Cholesterol Education Program. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) (NCEP-ATP III); 2002.
16. Bustos P, Saez K, Gleisner A, Ulloa N, Calvo C, Asenjo S. Metabolic syndrome in obese adolescents. *Pediatr Diabetes*. 2010; 11(1):55-60.
17. Souza MSF, Leme RB, Franco RR, Romaldini CC, Tumas R, Cardoso AL, et al. Síndrome metabólica em adolescentes com sobrepeso e obesidade. *Rev Paul Pediatr*. 2007; 25(3):214-20.
18. Stabelini Neto A, Bozza R, Ulbrich A, Mascarenhas LPG, Boguszewski MCdaS, Campos Wde. Síndrome metabólica em adolescentes de diferentes estados nutricionais. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2012; 56(2):104-9.
19. Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Rev Hipertensão*. 2010; 13(1):1-64.
20. Fernandez JR, Redden DT, Pietrobelli A, Allison DB. Waist circumference percentiles in nationally representative samples of african-american, european-american, and mexican-american children and adolescents. *J Pediatr*. 2004; 145(4):439-44.
21. Callegari-Jacques SM. Bioestatística. Princípios e aplicações. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
22. Reinehr T, de Sousa G, Toschke AM, Andler W. Comparison of metabolic syndrome prevalence using. *Arch Dis Child [Internet]*. 2007 Dec [acesso em 2013 abr 20]; 92(12):1067-72. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17301109>
23. Sangun Ö, Dündar B, Köşker M, Pirgon Ö, Dündar N. Prevalence of metabolic syndrome in obese children and adolescents using three different criteria and evaluation of risk factors. *J Clin Res Pediatr Endocrinol [Internet]*. 2011 [acesso em 2013 ago 04]; 3(2):70-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21750635>
24. Wee BS, Poh BK, Bulgiba A, Ismail MN, Ruzita AT, Hills AP. Risk of metabolic syndrome among children living in metropolitan Kuala Lumpur: A case control study. *BMC Public Health [Internet]*. 2011 [acesso em 2013 ago 03]; 11(333):1-7. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/333>
25. Lopéz CL, Klünder-Klünder M, Medina-Bravo P, Madrigal-Azcárate A, Mass-Díaz E, Flores-Huerta S. Insulin resistance and its association with the components of the metabolic syndrome among obese children and adolescents. *BMC Public Health [Internet]*. 2010 [acesso em 2013 ago 03]; 10(318):1-7. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/318>
26. Ferreira AP, Oliveira CER, França NM. Metabolic syndrome and risk factors for cardiovascular disease in obese children: the relationship with insulin resistance (HOMA-IR). *J Pediatr [Internet]*. 2007 [acesso em 2013 ago 04]; 83(1):21-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n1/v83n1a05.pdf>

Artigo de Atualização



A SÍNDROME DRESS: UMA ATUALIZAÇÃO

DRESS SYNDROME: AN UPDATE

SÍNDROME DRESS: UNA ACTUALIZACIÓN

Janaína Cappi Moraes*

Resumo

Introdução: Doença com reação adversa rara e grave a medicamentos, de fisiopatologia ainda desconhecida. **Objetivo:** Descrever a Síndrome DRESS (*Drug Reaction With Eosinophilia and Systemic Symptoms*), sua repercussão clínica e formas de tratamento. **Material e Método:** Foi realizada uma pesquisa de atualização, a fim de contextualizar profissionais de saúde com relação a essa patologia, no intuito de otimizar o diagnóstico precoce, realizar tratamentos efetivos e diminuir sequelas a longo prazo. Artigos originais, de revisão e relatos de caso, obtidos da plataforma de pesquisa Pubmed (*US National Library of Medicine / National Institute of Health*) e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) foram selecionados para elucidar tal doença, devido à alta gravidade e taxa de mortalidade, além de sua forte relação com uma prática tão comum e inerente ao ser humano que é a ingestão de medicações, muitas vezes, sem conhecimento de profissionais médicos. **Resultados:** Os resultados tratam de aspectos fisiopatológico, epidemiológico, etiológico, clínico, diagnóstico, anatomopatológico, tratamento e desfecho. **Conclusão:** Novos conhecimentos sobre essa síndrome possibilitarão formas mais efetivas de tratamento, assim, sugerem-se novos estudos em análise fisiopatológica.

Palavras-chave: Hipersensibilidade. Descolamento cutâneo. Efeitos colaterais e reações adversas relacionados a medicamentos.

Abstract

Introduction: It is a disease with a rare and serious adverse reaction to medications, whose pathophysiology still remains unknown. **Objective:** The aim of this study is to describe the DRESS Syndrome (*Drug Reaction With Eosinophilia and Systemic Symptoms*), its clinical significance and the means of treatment. **Material and Method:** An update survey was conducted in order to contextualize health professionals regarding this disease looking for optimizing early diagnosis, performing effective treatments and reducing long-term consequences. Original articles, review articles and case reports, obtained from research platforms Pubmed (*US National Library of Medicine / National Institutes of Health*) and SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) were selected to elucidate such disease due to high severity and mortality rate, as well as to its strong relationship with a practice so common and inherent to the human being like the intake of medications, often without medical prescription. **Results:** pathophysiology, epidemiology, etiology, clinical pattern, diagnosis, pathology, treatment and outcomes of DRESS are presented. **Conclusion:** New knowledge about this syndrome will enable more effective forms of treatment, as suggested by new studies currently submitted to pathophysiological analysis.

Keywords: Hypersensitivity. Skin detachment. Drug reaction. Drug-related side effects and adverse reactions.

Resumen

Introducción: Enfermedad con reacción adversa rara y grave a la medicación, y la fisiopatología sigue siendo desconocido. **Objetivo:** Describir el síndrome DRESS (reacción cutánea con eosinofilia y síntomas sistémicos), su importancia clínica y formas de tratamiento. **Material y Método:** Estudio de actualización que se realizó con el fin de contextualizar profesionales de la salud con respecto a esta enfermedad con el fin de optimizar el diagnóstico precoz, realizar tratamientos eficaces y reducir las secuelas a largo plazo. Artículos originales, artículos de revisión y los informes de casos, obtenidos de plataforma de investigación Pubmed (*US National Library of Medicine / Institutos Nacionales de Salud*) y SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) fueron seleccionados para dilucidar tal enfermedad debido a la alta gravedad y tasa la mortalidad, y su fuerte relación con una práctica tan común e inherente al ser humano que es la ingesta de medicamentos, a menudo sin el conocimiento de los profesionales médicos. **Resultados:** Los resultados plantea los aspectos fisiopatológicos, epidemiología, etiología, clínica, diagnóstico, patología, tratamiento y evolución. **Conclusión:** Nuevos conocimientos sobre este síndrome permitirá a formas más eficaces de tratamiento, además, sugieren nuevos estudios sobre análisis fisiopatológico.

Palabras clave: Hipersensibilidad. Desprendimiento de la piel. Efectos colaterales y reacciones adversas relacionados con medicamentos.

INTRODUÇÃO

A Síndrome DRESS (*Drug Reaction With Eosinophilia and Systemic Symptoms*) é uma doença caracterizada pela tríade *rash*, comprometimento sistêmico e visceral e eosinofilia¹. Uma reação cutânea chamada de Síndrome de Hipersensibilidade (HSS) foi descrita pela primeira vez em 1936, quando foi associada ao uso de Fenitoína^{2,3}.

Posteriormente, a mesma manifestação foi observada e atribuída a outros fármacos, tornando-se necessária uma nova denominação, visto que a terminologia "hipersensibilidade" poderia ser atribuída a qualquer reação idiossincrática. Diante disso, o termo DRESS foi proposto^{2,3}.

Bocquet e colaboradores, em 1996, propuseram uma classificação da Síndrome de DRESS (DRESS) baseada em febre, linfadenopatia, hepatite, alterações hematológicas e envolvimento de outros órgãos⁴.

Mesmo considerando-se a DRESS um evento raro⁵, é importante que se conheça as características da doença, sobretudo devido a sua alta taxa de mortalidade, em torno de 10%, geralmente em consequência do comprometimento multiorgânico^{6,7}.

A atualização das informações sobre a DRESS cria uma ferramenta importante para que profissionais da saúde possam evidenciar a doença rapidamente, evitando-se desfechos desfavoráveis. Assim, o objetivo do presente estudo é descrever os achados mais recentes e relevantes sobre a DRESS, no intuito de contribuir para a diminuição da taxa de mortalidade e de sequelas em longo prazo da patologia.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de atualização sobre a DRESS. A pesquisa buscou evidenciar a patologia quanto aos aspectos: fisiopatológico, epidemiológico, etiológico, clínico, diagnóstico, anatomopatológico, tratamento e desfecho.

A busca foi realizada nas plataformas de pesquisa *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (Pubmed) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), utilizando-se os descritores: *Drug Rash With Eosinophilia and Systemic Symptoms; Syndrome DRESS* e *DRESS*, sendo que estas palavras deveriam constar no título ou no resumo das publicações.

Foram considerados artigos originais, relatos de caso e artigos de revisão, selecionando-se as publicações com as informações mais recentes e relevantes sobre o escopo. Os manuscritos selecionados são originalmente escritos nas línguas espanhola, inglesa, francesa e portuguesa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fisiopatologia ainda é desconhecida, podendo estar envolvidos diferentes mecanismos. Uma das hipóteses etiológicas é a de que apareça em indivíduos predispostos, com antecedentes familiares e acetiladores lentos, e susceptibilidade genética para acumulação de metabólitos tóxicos dos fármacos^{8,9}. Outro fator relevante seria a reativação do Herpes Vírus Tipo 6 (HHV-6) e do Herpes Vírus Tipo 7 (HHV-7)^{6,10}. A reação viral poderia induzir à expansão de linfócitos T CD8+ numa reação cruzada com os fármacos implicados^{11,12}.

Sabe-se também que o receptor de células T (TCR) tem papel importante na DRESS. Não se sabe ao certo o mecanismo de interação entre esse receptor e a doença, porém a presença de células TCD81 está diretamente ligada a sua severidade clínica¹³.

A DRESS pode, portanto, resultar de uma reação de hipersensibilidade tardia, mediada por linfócitos TCD4+ e TCD8+ que previamente estiveram em contato com antígenos (fármacos e seus metabólitos). Tais células teriam potencial citotóxico e de inflamação cutânea pela liberação de citocinas IL4 e IL5^{8,14}.

A incidência da DRESS na população de um modo geral é desconhecida. Na população do Oeste da Índia, foi estimada uma incidência anual de 0,9 para cada 100.000 (cem mil) habitantes⁵. Pode ocorrer em crianças, mas a maioria dos casos ocorre em adultos¹⁰. A frequência também depende do tipo de medicação e do estado imunológico do indivíduo.

Medicamentos são responsáveis por 80% dos casos de DRESS^{10,15}. Os anticonvulsivantes estão entre as principais drogas desencadeantes, com destaque para a Lamotrigina, a Carbamazepina e a Fenitoína^{16,17}. DRESS causada por Sulfassalazina, Alopurinol, Dapsona, Vancomicina e anti-tuberculostáticos já foram descritas¹⁸⁻²⁰.

Também foi demonstrado associação com complexos de Histocompatibilidade (HLA). HLA-B* 13:01 pode estar presente na DRESS em decorrência

da Sulfassalazina²¹, assim como HLA-A*31:01 para Carbamazepina e HLA-B*5801 para Alopurinol^{22,23}.

O período de latência entre a exposição e a manifestação da doença (duas a seis semanas) é longo, assim como a progressão do quadro, mesmo que a medicação seja suspensa²⁴. De um modo geral, surgem febre de 38 a 40 graus, mal estar, linfadenopatia e erupções cutâneas²⁵.

Pode ocorrer um *rash* macular na face e tronco, que culminam com a formação de bolhas, vesículas, pústulas e descolamento da derme e da epiderme²⁶. Trata-se de uma erupção morbiliforme, atingindo inicialmente face, parte superior do tronco e extremidades, progredindo para um eritema difuso que, na maioria das vezes, envolve mais de 50% da superfície corpórea²⁴.

O envolvimento de mucosas é raro, no entanto há casos descritos de conjuntivite, queilite, eritema de orofaringe e hiperplasia de amígdalas²⁷⁻²⁹. Em 90% dos pacientes ocorre comprometimento de algum órgão como fígado (maioria dos casos), rins e pulmões^{24,30,31}.

Pode haver desenvolvimento de nefrite intersticial aguda, sobretudo em pacientes que já apresentam função renal comprometida^{32,33}. Se o fármaco responsável for o Alopurinol, o comprometimento renal é mais frequente⁸, no entanto, o fígado é o principal órgão atingido.

Na maioria das vezes, ocorre uma hepatite assintomática, detectada somente por exames de função hepática. Hepatomegalia e icterícia podem estar presentes, sendo que a hepatite grave é responsável pela maioria das mortes associadas. Delirium pode ser indicador clínico de tal complicação³⁴.

O Diagnóstico da DRESS deve se basear na história clínica de uso prévio de medicação (duas a seis semanas), associado à febre de 38 a 40 graus, aumento dos gânglios linfáticos maiores que 2cm, hepatite (valores de alanina transferase maiores do que duas vezes o limite superior da normalidade), Nefrite Intersticial, Pneumonite Intersticial e Cardite associada à erupção cutânea²⁹. A avaliação laboratorial também auxilia no diagnóstico, podendo estar presentes eosinofilia periférica e linfocitose atípica, semelhantes à Mononucleose^{10,24}.

A biópsia da pele revela acantose, infiltrado linfocitário na derme superficial, predominantemente perivascular, edema dérmico, espongirose e presença de eosinófilos^{35,36}.

A biópsia hepática demonstra inflamação lobular, focos esparsos de hepatócitos necróticos e/ou granulomatosos contendo eosinófilos³⁷. Já na biópsia renal, podem ser observados edema intersticial e infiltrados de linfócitos, eosinófilos, histiócitos e células plasmáticas³⁸.

A DRESS tem como diagnósticos diferenciais a Síndrome Hipereosinofílica, Lúpus Eritematoso Cutâneo Agudo, Síndrome de Sézary e Pustulose Exantemática Generalizada Aguda. Porém, os principais diagnósticos diferenciais são a Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) e a Necrólise Epidérmica Tóxica (NET)²⁹.

A latência entre a exposição à droga e o aparecimento dos sintomas (duas a seis semanas) é mais longa na DRESS que na NET e na SSJ, em torno de 4 a 28 dias³⁹. Na DRESS ocorre comprometimento de mucosas em torno de 50%, envolvendo geralmente um único local, sendo comumente orofaringe e com ausência de erosões.

No hemograma, são encontradas a hipereosinofilia característica e presença de linfocitose atípica⁴⁰. Nos rins, usualmente, há Nefrite túbulo-intersticial. No fígado, constata-se aumento significativo de enzimas hepáticas.

Em contrapartida, na SSJ e na NET o acometimento mucoso é em torno de 90%, com necrose epidérmica⁴¹. As enzimas hepáticas pouco se alteram e no hemograma é frequente a presença de leucopenia e linfopenia. Nos rins, pode ocorrer insuficiência renal classificada como pré-renal^{40,42}.

Exige tratamento rápido haja vista a taxa de mortalidade de 10%⁴³. A retirada da droga causadora é a medida mais importante da DRESS. Evita-se a introdução de novos medicamentos. O uso da corticoterapia ainda é controverso. Pacientes sem envolvimento grave podem ser tratados com corticoide tópico de média potência^{29,44,45}.

Em pacientes graves, com transaminases elevadas em cinco vezes, envolvimento renal e pulmonar, Prednisona 1mg/Kg/dia pode ser utilizada^{10,32,44,45}. Imunoglobulina endovenosa na dose de 2g/Kg, durante cinco dias, pode ser introduzida em casos de falência renal e/ou pulmonar^{32,46}, assim como Ganciclovir em pacientes com suspeita de que o desenvolvimento da DRESS seja decorrente da reativação do HHV-6^{46,47}. Já na DRESS associada ao uso de convulsivantes pode ser utilizado N-Acetilcisteína endovenosa²⁹.

Depois de retirada a medicação causadora, a maioria dos pacientes apresenta resolução espontânea

da pele e do envolvimento visceral. O tempo médio de recuperação é de seis a nove semanas¹⁰. Recaídas da doença já foram relatadas, concomitantemente à reativação do HHV-6⁴⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descrição dinamizada sobre a DRESS pode contribuir para o desenvolvimento de uma visão crítica e ampliada dos profissionais de saúde, de tal forma a

contribuir positivamente com os pacientes acometidos.

Sugerem-se novos estudos em análise fisiopatológica, sobretudo com relação à atuação dos receptores de células T (TCR) e não somente aos aspectos clínicos da DRESS. Tais investigações poderiam elucidar melhor a doença e repercutir supostamente em novos arsenais terapêuticos, alterando os desfechos clínicos e prognósticos, diminuindo sequelas e tratamentos desnecessários.

REFERÊNCIAS

- Kano Y, Shiohara T. The variable clinical picture of drug-induced hypersensitivity syndrome/drug rash with eosinophilia and systemic symptoms in relation to the eliciting drug. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2009 Aug; 29(3):481-501.
- Saltzstein SL, Ackerman LV. Lymphadenopathy induced by anticonvulsant drugs and mimicking clinically pathologically malignant lymphomas. *Cancer*. 1959 Jan-Feb; 12(1):164-82.
- Merrit H, Putnam T. Sodium diphenylhydantoinate in treatment of convulsive disorders: toxic symptoms and their prevention. *Arch Neurol Psychiatry*. 1939; 42:1053-8.
- Bocquet H, Bagot M, Roujeau JC. Drug-induced pseudolymphoma and drug hypersensitivity syndrome (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms: DRESS). *Semin Cutan Med Surg*. 1996 Dec; 15(4):250-7.
- Muller P, Dubreil P, Mahé A, Lamaury I, Salzer B, Deloumeaux J, Strobel M. Drug Hypersensitivity Syndrome in a West-Indian population. *Eur J Dermatol*. 2003 Sep-Oct; 13(5):478-81.
- Walsh SA, Creamer D. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS): a clinical update and review of current thinking. *Clin Experim Dermatol*. 2011; 36:6-11.
- Aquino RT, Vergueiro CS, Magliari ME, de Freitas TH. Sulfasalazine-induced DRESS syndrome (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms). *Sao Paulo Med J*. 2008 Jul; 126(4):225-6.
- Vaillant L. Mechanisms of cutaneous drug reactions. *Rev Prat*. 2000; 50(12):1294-9.
- Shear NH, Spielberg SP. Anticonvulsant hypersensitivity syndrome. In vitro assessment of risk. *J Clin Invest*. 1988; 82:1826-32.
- Cacoub P, Musette P, Descamps V, Meyer O, Speirs C, Finzi L, Roujeau JC. The DRESS syndrome: a literature review. *Am J Med*. 2011; 124(7):588-97.
- Picard D, Janela B, Descamps V, D'Incan M, Courville P, Jacquot S, et al. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS): a multiorgan antiviral T cell response. *Sci Transl Med*. 2010 Aug 25; 2(46):46-62.
- Almudimeegh A, Rioux C, Ferrand H, Crickx B, Yazdanpanah Y, Descamps V. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms, or virus reactivation with eosinophilia and systemic symptoms as a manifestation of immune reconstitution inflammatory syndrome in a patient with HIV? *Br J Dermatol*. 2014 Oct; 171(4):895-8.
- Niu J, Jia Q, Ni Q, Yang Y, Chen G, Yang X. Association of CD8(+) T lymphocyte repertoire spreading with the severity of DRESS syndrome. *Sci Rep*. 2015 Apr; 5:9913.
- Bachot N, Roujeau JC. Differential diagnosis of severe cutaneous drug eruptions. *Am J Clin Dermatol*. 2003; 4(8):561-72.
- Kardaun SH, Sekula P, Valeyrie-Allanore L, Liss Y, Chu CY, Creamer D, et al. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS): an original multisystem adverse drug reaction. Results from the prospective RegiSCAR study. *Br J Dermatol*. 2013 Nov; 169(5):1071-80.
- Tennis P, Stern RS. Risk of serious cutaneous disorders after initiation of use of phenytoin, carbamazepine, or sodium valproate: a record linkage study. *Neurology*. 1997 Aug; 49(2):542-6.
- Guberman AH, Besag FM, Brodie MJ, Dooley JM, Duchowny MS, Pellock JM, et al. Lamotrigine-associated rash: risk/benefit considerations in adults and children. *Epilepsia*. 1999 Jul; 40(7):985-91.
- Palmero D, Castagnino J, Musella RM, Mosca C, González Montaner P, de Casado GC. Difficult clinical management of anti-tuberculosis DRESS syndrome. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013 Jan; 17(1):76-8.
- EL omaili N, Abourazzak S, Chaouki S, Atmani S, Hida M. Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptom (DRESS) induced by carbamazepine: a case report and literature review. *Pan Afr Med J*. 2014 May 2;18:9.
- Díaz-Mancebo R, Costero-Fernández O, Vega-Cabrera C, Olea-Tejero T, Yébenes L, Picazo ML, Selgas-Gutiérrez R. DRESS syndrome and acute tubulointerstitial nephritis after treatment with vancomycin and beta-lactams. Case report and literature review. *Nefrologia*. 2012; 32(5):685-7.
- Yang F, Gu B, Zhang L, Xuan J, Luo H, Zhou P, et al. HLA-B*13:01 is associated with salazosulfapyridine-induced drug rash with eosinophilia and systemic symptoms in Chinese Han population. *Pharmacogenomics*. 2014 Aug; 15(11):1461-9.
- Gonçalo M, Coutinho I, Teixeira V, Gameiro AR, Brites MM, Nunes R, et al. HLA-B*58:01 is a risk factor for allopurinol-induced DRESS and Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis in a Portuguese population. *Br J Dermatol*. 2013 Sep; 169(3):660-5.
- Genin E, Chen DP, Hung SI, Sekula P, Schumacher M, Chang PY, et al. HLA-A*31:01 and different types of carbamazepine-induced severe cutaneous adverse reactions: an international study and meta-analysis. *Pharmacogenomics J*. 2014 Jun; 14(3):281-8.
- Kardaun SH, Sekula P, Valeyrie-Allanore L, Liss Y, Chu CY, Creamer D, et al. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS): an original multisystem adverse drug reaction. Results from the prospective RegiSCAR study. *Br J Dermatol*. 2013 Nov; 169(5):1071-80.
- Kardaun SH, Sidoroff A, Valeyrie-Allanore L, Halevy S, Davidovici BB, Mockenhaupt M, et al. Variability in the clinical pattern of cutaneous side-effects of drugs with systemic symptoms: does a DRESS syndrome really exist? *Br J Dermatol*. 2007 Mar; 156(3):609-11.
- Hsieh SW. Síndrome de DRESS y síndrome de Steven Johnson. *Med. leg. Costa Rica*. 2011; 28(1):65-69.
- Bocquet H, Roujeau JC. Les réactions cutanées sévères induites par les médicaments. *Rev Fr Allergol*. 1997; 37:651-59.
- Wolf R, Orion E, Batsheva B. Life-threatening acute adverse cutaneous drug reactions. *Clin Dermatol*. 2005; 23:171-81.
- Lobo I, Ferreira M, Velho G, Sanches M, Selores M. Drug rash with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS syndrome). *Acta Med Port*. 2008 Jul-Aug; 21(4):367-72.

30. Lee T, Lee YS, Yoon SY, Kim S, Bae YJ, Kwon HS, et al. Characteristics of liver injury in drug-induced systemic hypersensitivity reactions. *J Am Acad Dermatol.* 2013 Sep; 69(3):407-15.
31. Lin IC, Yang HC, Strong C, Yang CW, Cho YT, Chen KL, et al. Liver injury in patients with DRESS: A clinical study of 72 cases. *J Am Acad Dermatol.* 2015 Jun; 72(6):984-91.
32. Chen YC, Chiu HC, Chu CY. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms: a retrospective study of 60 cases. *Arch Dermatol.* 2010 Dec; 146(12):1373-9.
33. Peyrière H, Dereure O, Breton H, Demoly P, Cociglio M, Blayac JP, et al. Variability in the clinical pattern of cutaneous side-effects of drugs with systemic symptoms: does a DRESS syndrome really exist? *Br J Dermatol.* 2006 Aug; 155(2):422-8.
34. Björnsson E, Olsson R. Outcome and prognostic markers in severe drug-induced liver disease. *Hepatology.* 2005 Aug; 42(2):481-9.
35. Walsh S, Diaz-Cano S, Higgins E, Morris-Jones R, Bashir S, Bernal W, et al. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms: is cutaneous phenotype a prognostic marker for outcome? A review of clinicopathological features of 27 cases. *Br J Dermatol.* 2013 Feb; 168(2):391-401.
36. Chi MH, Hui RC, Yang CH, Lin JY, Lin YT, Ho HC, et al. Histopathological analysis and clinical correlation of drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS). *Br J Dermatol.* 2014 Apr; 170(4):866-73.
37. Kleiner DE. The pathology of drug-induced liver injury. *Semin Liver Dis.* 2009 Nov; 29(4):364-72.
38. Praga M, González E. Acute interstitial nephritis. *Kidney Int.* 2010 Jun; 77(11):956-61.
39. Mockenhaupt M. Epidemiology of cutaneous adverse drug reactions. *Chem Immunol Allergy.* 2012; 97:1-17.
40. Guillon JM, Joly P, Autran B, Denis M, Akoun G, Debré P, et al. Minocycline-induced cell-mediated hypersensitivity pneumonitis. *Ann Intern Med.* 1992 Sep 15; 117(6):476-81.
41. Iwai S, Sueki H, Watanabe H, Sasaki Y, Suzuki T, Iijima M. Distinguishing between erythema multiforme major and Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis immunopathologically. *J Dermatol.* 2012 Sep; 39(9):781-6.
42. Lebargy F, Wolkenstein P, Gisselbrecht M, Lange F, Fleury-Feith J, Delclaux C, et al. Pulmonary complications in toxic epidermal necrolysis: a prospective clinical study. *Intensive Care Med.* 1997 Dec; 23(12):1237-44.
43. Akcam FZ, Aygun FO, Akkaya VB. DRESS like severe drug rash with eosinophilia, atypic lymphocytosis and fever secondary to ceftriaxone. *J Infect.* 2006 Aug; 53(2):e51-3.
44. Um SJ, Lee SK, Kim YH, Kim KH, Son CH, Roh MS, et al. Clinical features of drug-induced hypersensitivity syndrome in 38 patients. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2010; 20(7):556-62.
45. Funck-Brentano E, Duong TA, Bouvresse S, Bagot M, Wolkenstein P, Roujeau JC, et al. Therapeutic management of DRESS: a retrospective study of 38 cases. *J Am Acad Dermatol.* 2015 Feb; 72(2):246-52.
46. Descamps V, Ben Saïd B, Sassolas B, Truchetet F, Avenel-Audran M, Girardin P, et al. Management of drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS). *Ann Dermatol Venereol.* 2010 Nov; 137(11):703-8.
47. Eshki M, Allanore L, Musette P, Milpied B, Grange A, Guillaume JC, et al. Twelve-year analysis of severe cases of drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms: a cause of unpredictable multiorgan failure. *Arch Dermatol.* 2009 Jan; 145(1):67-72.
48. Tohyama M, Hashimoto K, Yasukawa M, Kimura H, Horikawa T, Nakajima K, et al. Association of human herpesvirus 6 reactivation with the flaring and severity of drug-induced hypersensitivity syndrome. *Br J Dermatol.* 2007 Nov; 157(5):934-40.

Recebido em: 09/03/2015

Aceito em: 17/04/2015

Artigo de Revisão

DIETA SEM GLÚTEN E SEM CASEÍNA NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

GLUTEN-FREE AND CASEIN-FREE DIET IN THE AUTISTIC SPECTRUM DISORDER

DIETA SIN GLÚTEN Y SIN CASEÍNA EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Carolina Suemi Yabiku Vaz*, Kamila Aoki*, Lylian Freitas*, Amanda Oliva Gobato**

Resumo

Introdução: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma síndrome na qual há uma degradação na interação social e na comunicação de seus portadores que apresentam atividades e interesses limitados, assim como alteração no comportamento. Sua prevalência continua crescendo, porém as pesquisas feitas até hoje não foram suficientes para desvendá-la completamente. A dieta sem glúten e sem caseína (SGSC) tem sido indicada como um tratamento específico para se obter melhoras na interação social, comunicação, comportamento e estereotípias. Pais e cuidadores têm relatado bons resultados após a inserção da dieta na alimentação do autista. **Objetivo:** Verificar o uso das dietas sem glúten e sem caseína como parte do tratamento terapêutico em portadores de Transtornos do Espectro Autista. **Material e Método:** Revisão bibliográfica com base em artigos originais publicados nos últimos dez anos. **Resultados:** Em nenhum artigo analisado encontrou-se alguma evidência conclusiva a respeito do uso da dieta SGSC. Embora utilizando diferentes metodologias a pequena quantidade de estudos dificulta a análise dos dados. **Conclusão:** Mesmo sem dados conclusivos, muitos pais e cuidadores inserem a dieta na alimentação do portador de TEA, sendo necessário que estes indivíduos tenham acompanhamento nutricional para que as restrições alimentares não causem desnutrição no paciente.

Palavras-chave: Transtorno autístico. Autismo. Caseína. Glúten. Opioides.

Abstract

Introduction: The Autistic Spectrum Disorder (ASD) is a syndrome characterized by a breakdown in social interaction and in communication as well. The patients present restricted interests and activities, as well as behavioral changes. Despite the growing prevalence of the syndrome, the researches performed up to date were not able to completely unravel it. The gluten-free and casein-free diet (GFCF) has been indicated as a specific treatment in order to obtain improvements in social interaction, communication, behavior and stereotypes. Parents and caregivers have been reporting positive results after inclusion of this diet in autistic nutrition. **Objective:** to investigate the use of the gluten-free and casein-free diets as part of the therapeutic treatment in patients with ASD. **Material and Method:** Literature review based on original articles published in the last ten years. However, none of the analyzed articles displayed conclusive evidence regarding the use of the GFCF diet. **Results:** no article analyzed showed any conclusive evidence regarding the use of the GFCF diet. Although using different methods, the small amount of studies makes difficult the data analysis. **Conclusion:** Even without conclusive data, many parents and caregivers include this diet in the nutrition of patients with ASD, being necessary this way for these individuals a nutritional follow-up in order to avoid a malnutrition due to the food restrictions.

Keywords: Autistic disorder. Casein. Glutens. Opioids.

Resumen

Introducción: El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un síndrome, en el cual hay una degradación en la interacción social y comunicación de sus portadores, presentando actividades e intereses limitados, así como alteración en el comportamiento. Su prevalencia continúa creciendo, sin embargo las investigaciones hechas hasta hoy no fueron suficientes para desvelar este síndrome completamente. La dieta sin glúten y sin caseína (SGSC) ha sido indicada como un tratamiento específico para obtenerse mejoras en la interacción social, comunicación, comportamiento y estereotípias. Padres y cuidadores han relatado buenos resultados después de la inserción de la dieta en la alimentación del autista. **Objetivo:** El objetivo de este trabajo es verificar el uso de las dietas sin glúten y sin caseína como parte del tratamiento terapéutico en portadores de Trastornos del Espectro Autista. **Material y Método:** Estudio realizado a través de repaso bibliográfico en artículos de estudios de casos en los últimos diez años. **Resultados:** En ningún artículo analizado se encontró alguna evidencia conclusiva acerca del uso de la dieta SGSC. Aunque el uso de diferentes métodos, la pequeña cantidad de estudios dificulta el análisis de los datos. **Conclusión:** Aún sin datos conclusivos, muchos padres y cuidadores insertan la dieta en la alimentación del portador de TEA, siendo necesario que estos individuos tengan acompañamiento nutricional para que las restricciones alimentarias no causen desnutrición en el paciente.

Palabras clave: Trastorno autístico. Caseína. Glútenes. Opioides.

* Acadêmicas do curso de Nutrição da Faculdade Integrada Metropolitana de Campinas (METROCAMP-Grupo Ibmecc), Campinas-SP.

** Nutricionista graduada pela Faculdade Integrada Metropolitana de Campinas (METROCAMP-Grupo Ibmecc) e mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Unicamp. Contato: nutricionista.amanda@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) não é caracterizado como sendo uma doença, mas uma síndrome, um transtorno do desenvolvimento no qual há uma degradação na interação social e na comunicação da pessoa, ocorrendo comportamentos repetitivos e aparentemente sem propósito (estereotípias), além de atividades e interesses limitados. De forma simultânea ao comportamento de isolamento, crianças com TEA frequentemente apresentam agressividade, tendências para autoagressão, irritabilidade, assim como hiperatividade e comportamento errático¹.

A prevalência do TEA continua aumentando, porém sua etiologia parece ser ainda desconhecida, e provavelmente é multifatorial. As estereotípias podem ser relativas a fatores gastrointestinais², predisposição genética e fatores ambientais³. As morbidades revelam a ligação da síndrome com o cérebro e suas funções. Estudos das áreas psicológica e neuropsicológica possuem teorias acerca da etiologia da síndrome, com foco tanto na estrutura como nas funções cerebrais⁴.

Para que a criança seja diagnosticada como autista obrigatoriamente os distúrbios devem se manifestar nos primeiros três anos de vida, nas áreas de interação social, comunicação e interesses restritos, além de alteração nos padrões de comportamento⁵. O diagnóstico é feito por avaliação clínica associada à aplicação de critérios diagnósticos específicos para autismo.

Existem diversos instrumentos para se diagnosticar o TEA e também para avaliar a gravidade dos sintomas. Dentre eles, o mais usado para o diagnóstico, e mais bem documentado desde sua publicação em 1980, é a *Childhood Autism Rating Scale* (CARS ou "Escala de Pontuação para Autismo na Infância"), de Schopler e Mesibov⁶. A CARS é considerada a mais forte escala para comportamentos associados ao autismo. A escala já foi traduzida para diversas línguas, pois o TEA é um transtorno que atinge crianças no mundo todo⁵.

Outras maneiras de se diagnosticar e avaliar o TEA são através de escalas como o *Infant Behavioral Summarized Evaluation* e *Autistic Behavior Checklist*, Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland, dentre outras.

A prevalência do autismo no Brasil ainda é desconhecida, visto que a maioria absoluta de dados populacionais sobre TEA procede de países desenvolvidos⁷.

Estudos desenvolvidos nesses países apresentam as estimativas de, aproximadamente, 11,3 casos em cada 1.000 crianças, ou cerca de 1 em 88 crianças, porém, estes dados variam muito em cada região e em muitos estudos. Há também a estimativa de que a prevalência em meninos seja quatro vezes maior em comparação com meninas⁸.

Para o tratamento, primeiramente, deve-se diagnosticar o mais cedo possível o TEA. A partir do diagnóstico precoce é necessário iniciar uma estratégia educacional, com o objetivo de ajudar o autista a se relacionar com outras pessoas, aprender e superar suas dificuldades⁹.

Os tratamentos são altamente individualizados, dependendo do grau da necessidade e deficiências. Estes podem se basear em diferentes campos: comportamental (ensino de conceitos básicos e empíricos de princípios), comunicacional (foco do tratamento, com base em um plano educativo individualizado e com a coordenação de um fonoaudiólogo) e educacional, que envolve uma equipe de profissionais juntamente com a família para garantir um aprendizado de habilidades gerais¹⁰.

Existem diversos estudos com evidências sobre tratamentos psicossociais, cognitivos e terapias, porém outro tratamento bastante discutido é em relação à alimentação do paciente com TEA. A frequente presença de sintomas gastrointestinais, alergias alimentares e de peptídeos urinários têm sido relacionadas ao consumo de alimentos com glúten e caseína¹¹.

Glúten é o termo utilizado para descrever frações proteicas encontradas no trigo, centeio, cevada, aveia e malte e em seus derivados¹¹.

A caseína é a proteína de ocorrência natural e mais abundante do leite, dividida entre as proteínas β -lactoglobulina, α -lactoalbumina, imunoglobulinas e albumina¹².

A dieta sem glúten e sem caseína (SGSC) é proposta por PANKSEPP, baseada na "Teoria do Excesso de Opioides", que sugere o desencadeamento da ação opioide no Sistema Nervoso Central (SNC), pela presença de peptídeos, por meio de uma permeabilidade intestinal existente e possível infiltração pela barreira hematoencefálica. Como resultado, observam-se comportamentos ou atividades anormais¹³.

A integridade da parede intestinal desempenha um papel importante na absorção de nutrientes, bloqueio

de toxinas, bactérias, alérgenos e peptídeos provenientes de alimentos que podem ser prejudiciais e, ao entrarem na circulação sistêmica, produzem uma anormalidade na conduta descrita no autismo¹⁴.

As hipóteses giram em torno da ocorrência de respostas imunes a proteínas alimentares e a presença desta permeabilidade intestinal anormal que possivelmente resultaria na absorção de peptídeos incompletamente quebrados, seguindo de uma atuação opioide no SNC através da barreira hematoencefálica².

O sistema opioide é formado por um conjunto de receptores e peptídeos endógenos que estão distribuídos no SNC, e por tecidos periféricos, como sistema imune, cardiovascular, endócrino e digestivo. Este sistema regula diversas respostas fisiológicas, níveis de ansiedade e depressão, sistema locomotor e comportamental¹⁵.

Algumas proteínas contidas em alimentos, como no leite e trigo, apresentam quantidade significativa de peptídeos ativos, denominados peptídeos opioides^{16,17}.

Quando a permeabilidade intestinal está aumentada, estes peptídeos possuem a capacidade de atravessar a parede intestinal, entrar na corrente sanguínea, penetrar no SNC e atuar como substância opioide. A permeabilidade intestinal aumentada nos indivíduos com TEA pode estar ligada às anormalidades do trato digestório que são frequentemente descritas como processos inflamatórios no intestino, sensibilidade a alimentos e elevada colonização de bactérias; ou podem estar ligadas a uma condição intrínseca do TEA¹⁸.

Whiteley et al.¹⁹ avaliaram a eficácia de uma dieta SGSC em 72 crianças de 4 a 10 anos de idade com TEA, que foram divididas em dois grupos (caso-controle). Estas crianças apresentavam níveis anormais de peptídeos na urina. Os resultados indicaram melhoras consideráveis no comportamento do grupo com dieta SGSC entre oito e doze meses de intervenção dietética.

Tratamentos alternativos com base em dietas sem glúten e sem caseína têm sido relatados por pais e cuidadores que referem minimização dos sintomas gastrointestinais e consequente melhora comportamental no autista. Assim, a intervenção dietética tem o objetivo de remover tanto o glúten como a caseína para melhora destes sintomas^{2,11}.

Atualmente, no Brasil, há um número reduzido de estudos relacionando alimentação e o TEA em comparação

com outros países. Considerando a estimativa que a cada 88 crianças uma é diagnosticada com autismo⁸, torna-se importante um trabalho de revisão bibliográfica, que reúna informações a respeito das condições nas quais a administração de dieta SGSC pode ser benéfica para os portadores do TEA, e assim contribuir para a saúde e bem estar do indivíduo.

As informações deste trabalho contribuirão para ajudar e orientar o nutricionista a avaliar se a dieta SGSC pode beneficiar indivíduos autistas.

OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo de revisão foi verificar o uso das dietas sem glúten e sem caseína como parte do tratamento terapêutico em portadores de TEA. Os objetivos específicos foram: verificar a relação do glúten e da caseína com sintomas gastrointestinais e comportamentais nestes indivíduos e definir quais os benefícios esperados com essa dieta.

MATERIAL E MÉTODO

O presente trabalho consiste em uma revisão bibliográfica sobre a dieta sem glúten e sem caseína em portadores do TEA, com base na análise de artigos originais publicados nos últimos dez anos.

As bases de dados utilizadas para a busca dos artigos foram: SciELO e Pubmed. Constituíram descritores do estudo: *autism, casein and gluten, casein, gluten, opioids, autism spectrum, casein-free diet and gluten-free diet*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados dez artigos originais envolvendo intervenção dietética com dieta SGSC. Destes, seis encontraram resultados positivos e quatro estudos não obtiveram melhoras significativas. A quantidade de artigos disponíveis atualmente é limitada e suas informações são inconclusivas. Apesar de nenhum estudo se mostrar conclusivo, analisou-se que em nenhum momento a dieta se tornou prejudicial ao indivíduo, apenas ocorreram melhoras em casos de resposta a dieta.

Para facilitar a descrição dos estudos verificados foi feita a Tabela 1, contendo autoria e ano, pacientes (população e amostra), tipo de intervenção nutricional e resultados obtidos.

Tabela 1 - Resultados de estudos com dietas SGSC para indivíduos portadores do espectro autista

Autoria e ano	Pacientes	Intervenção	Resultado
Elder et al. ²⁰ (2006)	15 crianças autistas. 12 meninos, 3 meninas, entre 2 a 16 anos de idade.	Dieta SGSC durante 6 semanas.	Nenhuma significância estatística, porém pais de crianças relataram melhora na fala, na hiperatividade e no comportamento. Pais de 9 crianças resolveram continuar com a dieta mesmo sem nenhum embasamento empírico.
Irvin ²¹ (2006)	1 menino autista e com retardo mental, 12 anos de idade.	Dieta SGSC por 30 meses, intercalando com dieta normal.	Melhoras no comportamento.
Seung et al. ²² (2007)	13 crianças autistas. 10 meninos, 3 meninas, entre 2 a 16 anos de idade.	Dieta SGSC durante 3 meses.	Nenhuma melhora significativa.
Hsu et al. ²³ (2009)	1 menino de 3 anos de idade.	Dieta SGSC por 17 meses.	Melhoras no comportamento, reação emocional, comunicação social, nos sintomas gastrointestinais presentes, crescimento, habilidades e desejo de aprender.
Whiteley et al. ¹⁹ (2010)	72 crianças entre 4 a 10 anos de idade.	Dieta SGSC por 24 meses.	Melhoras a partir do 8º e 12º mês. Nem todos os resultados foram positivos, o estudo sugere que a dieta possa fazer efeito em alguns indivíduos e em outros não.
Johnson et al. ²⁴ (2011)	22 crianças entre 3 a 5 anos de idade.	Dieta SGSC comparada com dieta saudável por 3 meses.	Nenhuma melhora significativa.
Penessi e Klein ²⁵ (2012)	387 pais e cuidadores primários de crianças diagnosticadas com TEA.	Dieta SGSC por tempo indeterminado, sendo maior do que 1 ano.	Pais relataram que os filhos com sintomas gastrointestinais obtiveram melhora nos sintomas comportamentais, fisiológicos e sociais do que pais cujos filhos não possuem esta sensibilidade. Pais que não cometeram deslizes também relataram melhoras comportamentais, sociais e fisiológicas.
Harris e Card ²⁶ (2012)	13 crianças, 4 meninas e 9 meninos entre 5 a 12 anos de idade.	Dieta SGSC e dieta com significativamente menos glúten e caseína. Avaliação semanal, sem período informado.	Resultados dos testes não tiveram diferença significativa, porém os pais das crianças com dieta SGSC relataram melhoras nos sintomas gastrointestinais e comportamentais.
Herbert e Buckley ²⁷ (2013)	1 menina, dos 5 aos 11 anos de idade.	Dieta SGSC a partir dos 5 anos e até 11 anos.	Melhoras no comportamento, alteração de diagnóstico de autismo severo para não autista, aumento de QI, melhora na linguagem, capacidade social, calma, resolução de estereotípias e de obesidade mórbida.
Pedersen et al. ²⁸ (2014)	27 crianças de 4 a 12 anos de idade.	Dieta SGSC durante 1 a 2 anos.	Melhora pode ser relacionada com idade do paciente, sendo a idade de 7-9 anos a de melhor resposta após 12 meses de introdução da dieta. Redução na hiperatividade/ impulsividade e falta de atenção. Possível melhora comportamental, 50% dos pais relataram alguma ou muitas melhoras.

Penessi e Klein²⁵ encontraram em seu estudo que portadores do TEA com alergia alimentar e sensibilidade alimentar reagiram de maneira diferente a dieta SGSC com relação à portadores sem estas mesmas características.

Autistas com sintomas gastrointestinais (principalmente constipação e diarreia) tiveram resultados mais efetivos nos sintomas comportamentais, fisiológicos e sociais do que os autistas que não apresentavam os sintomas.

Similarmente, autistas com alergias alimentares também mostraram melhoras nos sintomas, comparados com autistas sem alergias alimentares.

A análise dos artigos desta revisão indica que não há consenso entre os autores, pois alguns encontram resultados positivos e outros não encontram nenhuma mudança após a implantação da dieta SGSC. No entanto, é preciso ressaltar que os estudos são diferentes quando se trata do tipo de intervenção realizada.

Alguns artigos apresentaram testes por períodos mais longos, sendo estes os de resultados positivos. Por outro lado, levando em consideração a teoria de que a dieta SGSC pode ser eficaz apenas em indivíduos com TEA que possuem sensibilidade no trato gastrointestinal, isto poderia se tornar mais um motivo para a diferença nos resultados, podendo ser também relacionado à amostra obtida.

As estereotípias e os sintomas comportamentais encontrados no TEA também são avaliados. Whiteley et al.¹⁹ encontraram melhoras na comunicação, sociabilidade, comportamento repetitivo, estereotípias, vida diária, falta de atenção e hiperatividade. Este estudo comparou a ingestão de dieta SGSC com dieta normal. Na dieta normal também foram encontradas melhoras, porém, com a dieta SGSC foram encontrados resultados significativamente melhores.

Nos estudos que mostraram melhoras comportamentais e gastrointestinais destaca-se o tempo de aplicação da dieta. Whiteley et al.¹⁹ ressaltam que os efeitos benéficos da inserção da dieta SGSC ocorrem entre o 8º e 12º mês. Para Pennesi e Klein²⁵ os melhores resultados foram obtidos quando só houve quebra da dieta, no máximo, duas vezes ao ano.

Hsu et al.²³ realizaram um estudo com uma criança de 3 anos aplicando a dieta SGSC por 17 meses. O menino avaliado possuía sensibilidades gastrointestinais, incluindo constipação severa e vômitos pós-prandiais. Os resultados encontrados foram positivos - melhoras comportamentais, sociais e fisiológicas são relatadas a partir de dois meses e meio de dieta.

Herbert e Buckley²⁷ encontraram melhoras no comportamento e houve, inclusive, alteração no diagnóstico de autismo para não autista, aumento de QI, linguagem, sociabilidade e estereotípias, sendo que o estudo avaliou seis anos de dieta SGSC. O artigo tem credibilidade limitada, pois houve apenas uma criança

avaliada, embora os resultados tenham sido positivos para o indivíduo.

Já Pedersen et al.²⁸ avaliaram qual faixa etária apresentaria melhor resposta para a dieta e resultados apontam para a idade de 7-9 anos de idade após 12 meses de dieta SGSC.

Elder et al.²⁰ realizaram o teste de dieta SGSC por seis semanas e relatam em seu estudo que não houve melhoras significativas de acordo com os métodos de avaliação usados, que foram a *CARS*; *Autism Diagnostic Interview Revised* (ADI-R), que avalia interação social, estereotípias e comunicação; *Urinary Peptide Levels* (UPL), usado para verificar o nível de peptídeos de caseína e glúten na urina; *Ecological Communication Orientation* (ECO), que avalia o comportamento e a interação. Apesar dos resultados não terem sido significativos, pais relataram melhora na fala, na hiperatividade e no comportamento. Posteriormente, pais de nove crianças continuaram com a dieta mesmo sem embasamento empírico.

Harris e Card²⁶ também não encontraram resultados significativos. O consumo de glúten e caseína foi avaliado semanalmente, mas não foi detalhado o período de extensão do teste. Também neste estudo, os resultados mostram que os pais continuaram com a dieta, pois relataram melhoras comportamentais e gastrointestinais.

Seung et al.²² e Johnson et al.²⁴ não encontraram resultados significativos após a dieta, porém seu tempo de implantação foi de apenas três meses.

Os resultados esperados com a dieta SGSC são melhoras no comportamento, na vida social, na comunicação, suavizando estereotípias como falta de atenção, hiperatividade, resultando numa melhora da qualidade de vida. Melhoras gastrointestinais também são esperadas, porém isso é algo individual, visto que nem todos apresentam os sintomas (dores, constipação, diarreia e distensão abdominal).

As questões de permeabilidade intestinal e alergia alimentar em crianças autistas são levantadas por causa da presença constante de sintomas gastrointestinais, como distensão abdominal, dor, diarreia e constipação²⁹.

Os possíveis efeitos da dieta SGSC exigem períodos de execução da dieta superiores a 12 semanas, pois resíduos de glúten e seus derivados são conhecidos por permanecer no intestino de pacientes com doença celíaca por até 12 semanas após a exclusão do glúten da dieta¹¹.

A implantação da dieta sem o tempo adequado pode não apresentar resultados satisfatórios, como visto nos estudos com resultados negativos³⁰.

Relatos de melhoras nestes sintomas gastrointestinais após a implantação da dieta SGSC são encontrados na literatura, porém nenhum deles se torna conclusivo e em sua maioria são sugeridos outros estudos que possam validar a teoria de relação entre sintomas gastrointestinais e dieta¹⁹.

A falta de informação e confirmação de estudos até o presente momento não impede que pais e cuidadores busquem essa alternativa no tratamento de portadores do TEA. No entanto, há riscos em seguir uma dieta sem nenhum acompanhamento nutricional. O nutricionista, por sua vez, deve se manter atualizado a fim de auxiliar famílias que buscam essa alternativa como terapia no tratamento para TEA.

CONCLUSÃO

Por causa da pequena quantidade de estudos, mesmo desenvolvidos por meio de diferentes metodologias,

foi difícil efetuar a análise dos dados. Em nenhum artigo analisado encontrou-se evidência conclusiva a respeito do uso da dieta SGSC. A dieta SGSC pode ser dependente do tempo de implantação e da faixa etária do indivíduo, sendo necessário cerca de um ano para que seus benefícios possam ser alcançados.

Os estudos mostraram que os benefícios da dieta são diferentes para cada paciente, visto que o TEA é um transtorno individualizado e dependente das comorbidades que acometem os pacientes, como a sensibilidade gastrointestinal.

Também não há suporte empírico suficiente para a utilização da dieta SGSC, pois são necessários mais estudos para avaliação de sua eficácia no tratamento do TEA.

Mesmo sem dados conclusivos, pais e cuidadores inserem a dieta na alimentação do portador de TEA, sendo necessário que estes indivíduos tenham acompanhamento nutricional para que as restrições alimentares não causem desnutrição no paciente.

REFERÊNCIAS

1. Genuis SJ, Bouchard TP. Celiac disease presenting as autism. *J Child Neurol*. 2010 Jan; 25(1):114-9.
2. Galiatsatos P, Gologan A, Lamoureux E. Autistic enterocolitis: fact or fiction? *Can J Gastroenterol*. 2009 Feb; 23(2):95-8.
3. Gadia AC, Tuchman R, Rotta NT. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. *J Pediatr (Rio J)*. 2004; 80(2-suppl):83-94.
4. Whiteley P, Shattock P, Knivsberg AM, Seim A, Reichelt KL, Todd L et al. Gluten- and casein-free dietary intervention for autism spectrum conditions. *Front Hum Neurosci*. 2013 Jan; 6:344.
5. Rapin I, Goldman S. A escala CARS brasileira: uma ferramenta de triagem padronizada para o autismo. *J Pediatr (Rio J)*. 2008; 84(6):473-5.
6. Schopler E, Mesibov GB, editors. *Diagnosis and assessment in autism*. Nova York: Plenum Press; 1988.
7. Teixeira MCTV, Mecca TP, Velloso RL, Bravo RB, Ribeiro SHB, Mercadante MT et al. Literatura científica brasileira sobre transtornos do espectro autista. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(5):607-14.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of autism spectrum disorders. *Surveillance Summaries [Internet]*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services. 2012 Mar [acesso em 2013 ago 22]; 61(3). Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6103.pdf>
9. Maciel MM, Garcia AP. *Atendimento educacional específico*. Salvador: EDUFBA; 2009.
10. Volkmar F, Siegel M, Woodbury-Smith M, King B, McCracken J, State M, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014 Feb; 53(2):237-57.
11. Araújo DR, Neves AS. Análise do uso de dietas gluten free e casein free em crianças com transtorno do espectro autista. *Cad UniFOA [Internet]*. 2011 [acesso em 2013 set 20]; 21(3):23-9. Disponível em: http://web.unifoa.edu.br/cadernos/especiais/nutricao/cadernos_especial_nutricao.pdf
12. Domene SMA. *Técnica dietética: teoria e aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
13. Puglisi A. *Parents' perceptions of the gluten-free casein-free diet for their children with autism [dissertação]*. Morgantown, West Virginia; 2005.
14. González G. manifestaciones gastrointestinales en trastornos del espectro autista. *Colomb Med*. 2005; 36(2 suppl.1):36-8.
15. Bodnar RJ. Endogenous opiates and behavior. *Peptides*. 2014 Dec; 62:67-136.
16. Hartmann R, Meisel H. Food-derived peptides with biological activity: from research to food applications. *Curr Opin Biotechnol*. 2007 Apr; 18(2):163-9.
17. Möller NP, Scholz-Ahrens KE, Roos N, Schrezenmeier J. Bioactive peptides and proteins from foods: indication for health effects. *Eur J Nutr*. 2008 Jun; 47(4):171-82.
18. White JF. Intestinal pathophysiology in autism. *Exp Biol Med (Maywood)*. 2003 Jun; 228(6):639-49.
19. Whiteley P, Haracopos D, Knivsberg AM, Reichelt KL, Parlar S, Jacobsen J, et al. The Scan Brit randomised, controlled, single-blind study of a gluten- and casein-free dietary intervention for children with autism spectrum disorders. *Nutr Neurosci*. 2010 Apr; 13(2):87-100.
20. Elder JH, Shankar M, Shuster J, Theriaque D, Burns S, Sherrill L. The gluten-free, casein-free diet in autism: results of a preliminary double blind clinical trial. *J Autism Dev Disord*. 2006 Apr; 36(3):413-20.

21. Irvin D. Using analog assessment procedures for determining the effects of a gluten-free and casein-free diet on rate of problem behaviors for an adolescent with autism. *Behav Intervent.* 2006; 21:281-6.
22. Seung H, Rogalski Y, Shankar M, Elder J. The gluten- and casein-free diet and autism: communication outcomes from a preliminary double-blind clinical trial. *J Med Speech Lang Pathol.* 2007 Dec; 15(4):337-45.
23. Hsu CL, Lin CY, Chen CL, Wang CM, Wong MK. The effects of a gluten and casein-free diet in children with autism: a case report. *Chang Gung Med J.* 2009 Jul-Aug; 32(4):459-65.
24. Johnson CR, Handen BL, Zimmer M, Sacco K, Turner K. Effects of gluten free/casein free diet in young children with autism: a pilot study. *Dev Phys Disabil.* 2011; 23(3):213-25.
25. Pennesi CM, Klein LC. Effectiveness of the gluten-free, casein-free diet for children diagnosed with autism spectrum disorder: based on parental report. *Nutr Neurosci.* 2012 Mar; 15(2):85-91.
26. Harris C, Card B. A pilot study to evaluate nutritional influences on gastrointestinal symptoms and behavior patterns in children with Autism Spectrum Disorder. *Complement Ther Med.* 2012 Dec; 20(6):437-40.
27. Herbert MR, Buckley JA. Autism and dietary therapy: case report and review of the literature. *J Child Neurol.* 2013 Aug; 28(8):975-82.
28. Pedersen L, Parlar S, Kvist K, Whiteley P, Shattock P. Data mining the ScanBrit study of a gluten- and casein-free dietary intervention for children with autism spectrum disorders: behavioural and psychometric measures of dietary response. *Nutr Neurosci.* 2014 Sep; 17(5):207-13.
29. Buie T. The relationship of autism and gluten. *Clin Ther.* 2013 May; 35(5):578-83.
30. Mulloy A, Lang R, O'Reilly M, Sigafos J, Lancioni G, Rispoli M. Gluten-free and casein-free diets in the treatment of autism spectrum disorders: a systematic review. *Res Autism Spect Dis.* 2010; 4(3):328-39.

Recebido em: 20/12/2014

Aceito em: 02/02/2015

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A *CuidArte Enfermagem*, revista das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA) de Catanduva-SP, com periodicidade semestral, tem por objetivo proporcionar à comunidade científica, enquanto um canal formal de comunicação e disseminação da produção técnico-científica nacional, a publicação de artigos relacionados à área da saúde, especialmente da Enfermagem. Objetiva também publicar suplementos sob a forma de coleções de artigos que abordem tópicos ou temas relacionados à saúde. O artigo deve ser inédito, isto é, não publicado em outros meios de comunicação.

As normas de um periódico estabelecem os princípios éticos na condução e no relatório da pesquisa e fornecem recomendações com relação aos elementos específicos da edição e da escrita. Visam melhorar a qualidade e a clareza dos textos dos artigos submetidos à revista, além de facilitar a edição. Os Editores recomendam que os critérios para autoria sejam contribuições substanciais à concepção e ao desenho, ou à coleta, análise e à interpretação de dados; redação do artigo ou revisão crítica visando manter a qualidade do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a publicar.

CATEGORIAS DE ARTIGOS DA REVISTA

ARTIGOS ORIGINAIS: trabalho de pesquisa com resultados inéditos que agreguem valores à área da saúde, em especial na área da Enfermagem. Sua estrutura deve conter: resumo, descritores (palavras-chave), introdução, objetivos, material e métodos, resultados, discussão, conclusões e referências. Sua extensão limita-se a 15 páginas. Seguir instruções que constam na preparação do artigo. Recomenda-se que o número de referências bibliográficas limite-se a 20, havendo, todavia, flexibilidade. O texto deve conter fontes bibliográficas internacionais. O artigo original não deve ter sido divulgado em nenhuma outra forma de publicação ou em revista nacional.

ARTIGOS DE REVISÃO: avaliação crítica e abrangente sobre assuntos específicos e de interesse para o desenvolvimento da Enfermagem, já cientificamente publicados. Os artigos deverão conter até 15 páginas.

ARTIGOS DE ATUALIZAÇÃO OU DIVULGAÇÃO: trabalhos descritivos e interpretativos sobre novas técnicas ou procedimentos globais e atuais em que se encontram determinados assuntos

investigativos. Os artigos deverão conter até 10 páginas.

ESPAÇO ACADÊMICO: destinado à divulgação de estudos desenvolvidos durante graduação, em obediência às mesmas normas exigidas para os artigos originais. O nome do orientador deverá ser indicado em nota de rodapé, e deverão conter no máximo 10 páginas.

RELATOS DE CASO(S): descrição de casos envolvendo pacientes, ou situações singulares, doenças raras ou nunca descritas, assim como formas inovadoras de diagnóstico ou tratamento. O texto em questão aborda os aspectos relevantes que devem ser comparados com os disponíveis na literatura. Deverá ser enviada cópia do Parecer do CEP.

RESENHAS E REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS: análise crítica da literatura científica publicada recentemente. Os artigos deverão conter até 3 páginas.

Os artigos devem ser encaminhados ao editor-chefe da revista, especificando a sua categoria, devendo ser anexada a **DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS**, nos seguintes moldes: Eu (nós), abaixo assinado(s) transfiro(emos) todos os direitos autorais do artigo intitulado (título) à *CuidArte Enfermagem*. Declaro(amos) ainda que o trabalho é original e que não está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico. Data e Assinatura(s).

Cada artigo deverá indicar o nome do autor responsável pela correspondência junto a Revista, e seu respectivo endereço, incluindo telefone e e-mail, e a este autor será enviado um exemplar da revista.

ASPECTOS ÉTICOS: todas as pesquisas envolvendo estudos com seres humanos deverão estar de acordo com a Resolução CNS-196/96, devendo constar o consentimento por escrito do sujeito e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Caso a pesquisa não envolva seres humanos, especificar no ofício encaminhado. Deverá ser enviada cópia do Parecer do CEP. Quando relatam experimentos com animais, os autores devem mencionar se foram seguidas as diretrizes institucionais e nacionais para os cuidados e a utilização dos animais de laboratório.

ENVIO DE ORIGINAIS: o artigo deve ser enviado pelo correio em 2 vias impressas, com cópia em CD, digitado no programa *Microsoft Office Word* da versão 2003 a 2010. A revista não

se responsabilizará por eventual extravio durante o envio do material. Após o recebimento do material será enviado e-mail de confirmação ao autor responsável.

SELEÇÃO DOS ARTIGOS: inicialmente, todo artigo submetido à Revista será apreciado pelo Conselho Científico nos seus aspectos gerais, normativos e sua qualidade científica. Ao ser aprovado, o artigo será encaminhado para avaliação de dois revisores do Conselho Científico com reconhecida competência no assunto abordado. Caso os pareceres sejam divergentes o artigo será encaminhado a um terceiro conselheiro para desempate (o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir o terceiro parecer). Os artigos aceitos ou sob restrições poderão ser devolvidos aos autores para correções ou adequação à normalização segundo as normas da Revista. Artigos não aceitos serão devolvidos aos autores, com o parecer do Conselho Editorial, sendo omitidos os nomes dos revisores. Aos artigos serão preservados a confidencialidade e sigilo, assim como, respeitados os princípios éticos.

PREPARAÇÃO DO ARTIGO

Formatação do Artigo: a formatação deverá obedecer às seguintes características: impressão e configuração em folha A4 (210 X 297 mm) com margem esquerda e superior de 3cm e margem direita e inferior de 2cm. Digitados em fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaço 1,5 entrelinhas, com todas as páginas numeradas no canto superior direito. Devem ser redigidos em português. Se for necessário incluir depoimentos dos sujeitos, estes deverão ser em itálico em letra tamanho 10, na sequência do texto. Citação *ipsis litteris* usar aspas na sequência do texto.

Autoria, Título e Subtítulo do Artigo: apresentar o título do trabalho (também em inglês e espanhol) conciso e informativo, contendo o nome dos autores (no máximo 6). No rodapé, deverá constar a ordem em que devem aparecer os autores na publicação, a maior titulação acadêmica obtida, filiação institucional, onde o trabalho foi realizado (se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, nome da agência financiadora) e o endereço eletrônico.

Resumo: deverá ser apresentado em português, inglês (*Abstract*) e espanhol (*Resumen*). Deve vir após a folha de rosto, tipo informativo, limitar-se ao máximo de 250 palavras e deverá conter: objetivo do estudo, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e análise, principais resultados e as conclusões). Redigir em parágrafo único, espaço simples, fonte 10, sem recuo de parágrafo.

Palavras-chave: devem aparecer abaixo do resumo, conter no mínimo 3 e no máximo 6 termos que identifiquem o tema,

limitando-se aos descritores, recomendados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e apresentado pela BIREME na forma trilingue, disponível à página URL: <http://decs.bvs.br>. Apresentá-los em letra inicial maiúscula, separados por ponto. Ex: Palavras-chave: Enfermagem hospitalar. Qualidade. Saúde.

Tabelas: as tabelas (fonte 10) limitadas a cinco no conjunto, devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, com a inicial do título em letra maiúscula e sem grifo, evitando-se traços internos horizontais ou verticais. Notas explicativas deverão ser colocadas no rodapé das tabelas. Seguir Normas de Apresentação Tabular do IBGE. Há uma diferença entre Quadro e Tabela. Nos quadros colocam-se as grades laterais e são usados para dados e informações de caráter informativo. Nas tabelas não se utilizam as grades laterais e são usadas para dados analisados.

Ilustrações: qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (Desenho, Esquema, Fluxograma, Fotografia, Gráfico, Mapa, Organograma, Planta, Quadro, Retrato, Figura, Imagem, entre outros), seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título. As legendas devem ser claras. Para utilização de ilustrações extraídas de outros estudos, já publicados, os autores devem solicitar a permissão, por escrito, para reprodução das mesmas. As autorizações devem ser enviadas junto ao material por ocasião da submissão. Figuras coloridas não serão publicadas. As ilustrações deverão ser enviadas juntamente com os artigos em uma pasta denominada figuras, no formato BMP ou TIF com resolução mínima de 300 DPI. A revista não se responsabilizará por eventual extravio durante o envio do material.

Abreviações/Nomenclatura: o uso de abreviações deve ser mínimo e utilizadas segundo a padronização da literatura. Indicar o termo por extenso, seguido da abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecer no texto. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação científica do produto.

Citações no texto: devem ser numeradas com algarismos arábicos sobrescritos, de acordo com a ordem de aparecimento no texto. Quando o autor é novamente citado manter o identificador inicial. No caso de citação no final da frase, esta deverá vir antes do ponto final e no decorrer do texto, antes da vírgula. Exemplo 1: citações com numeração sequencial "...de acordo com vários estudos"¹⁻⁹. - Exemplo 2: citações com números intercalados "...de acordo com vários estudos"^{1,3,7-10,12}. Excepcionalmente pode ser empregado o nome do autor da referência como, por exemplo, no início de frases destacando sua importância.

Agradecimentos: deverão, quando necessário, ocupar um parágrafo separado antes das referências bibliográficas.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com o "Estilo Vancouver" Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE*). Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html e também disponível em: <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> traduzido e adaptado por Maria Gorete M. Savi e Eliane Aparecida Neto. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados pela lista de abreviaturas de periódicos da *Index Medicus* (base de dados Medline), que pode ser consultado no endereço: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals> sendo que coloca-se um ponto após o título para separá-lo do ano. Exemplos: N Engl J Med. 2013
Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consulte o *site*: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano. Exemplos: Femina., Rev Bras Reumatol., Rev Bras Hipertens.

EXEMPLO DE REFERÊNCIAS

Devem ser citados até seis autores, acima deste número, citam-se apenas os seis primeiros autores seguidos de et al.

Livro

Baird SB, Mccorkle R, Grant M. Cancer nursing: a comprehensive textbook. Philadelphia: WB. Saunders; 1991.

Capítulo de livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Artigo de periódico com mais de 6 autores

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer. 1996; 73:1006-12.

Trabalho apresentado em congresso

Lorenzetti J. A saúde no Brasil na década de 80 e perspectivas para os anos 90. In: Mendes NTC, coordenadora. Anais do 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1989 set 2-7; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: ABEn – Seção SC; 1989. p. 92-5.

Documentos jurídicos

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 jun 1986. Seção 1, p.1.

Tese/Dissertação

Lipinski JM. A assistência de enfermagem a mulher que provocou aborto discutida por enfermeiros em busca de uma assistência humanizada [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFSC; 2000.

Material eletrônico

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

Alves Júnior LA, Rodrigues AJ, Évora PRB, Basseto B, Filho Scorzoni A, Luciano PM, et al. Fatores de risco em septuagenários ou mais idosos submetidos à revascularização do miocárdio e ou operações valvares. Rev Bras Cir Cardiovasc [Internet]. 2008 [acesso em 2013 out 6]; 23(4):550-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v23n4/v23n4a16.pdf>

ENDEREÇO PARA ENCAMINHAMENTO DE ARTIGOS



Rua dos Estudantes, 225

Parque Iracema - Catanduva-SP - Brasil

CEP. 15809-144 - Fone: (17) 3311-3347

E-mail: revistaenfermagem@fipa.com.br



Ramon Nobalbos
Gráfica e Editora

Tel.: (17) 3522-4453

E-mail: atendimento@nobalbos.com.br

Rua 7 de Setembro, 342 - Higienópolis - CATANDUVA - SP



CuidArte
Enfermagem