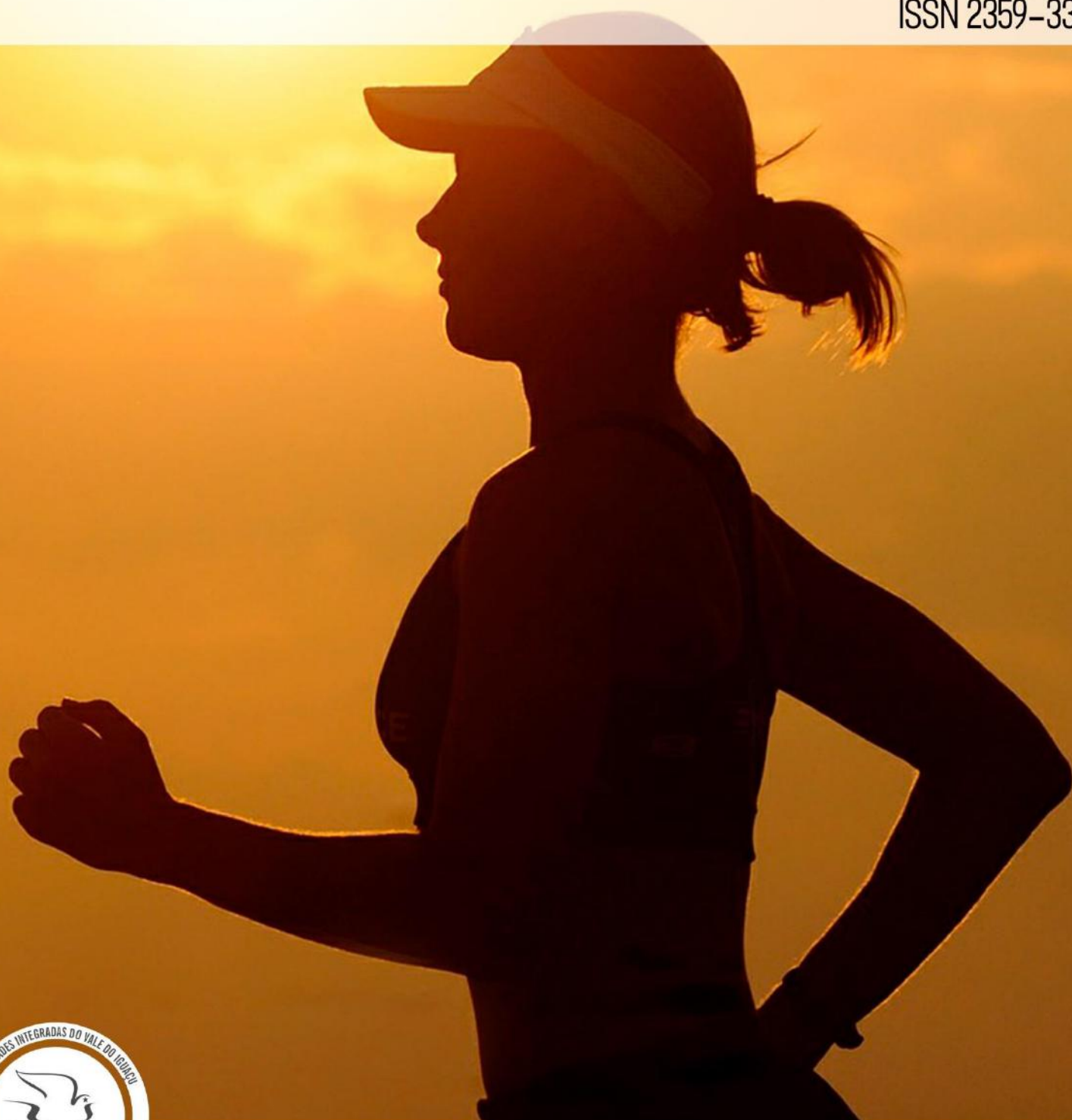


latindex

RENOVARE

REVISTA DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE

ISSN 2359-3326



Ano 5, Volume 2. Setembro de 2018.

EXPEDIENTE

FACULDADES INTEGRADAS DO VALE DO IGUAÇU – UNIGUAÇU

Rua Padre Saporiti, 717 – Bairro Rio D'Areia
União da Vitória – Paraná
CEP. 84.600-000
Tel.: (42) 3522 6192

CATALOGAÇÃO
ISSN 2359-3326

LATINDEX
Folio 25166
Folio Único 22169

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA UNIGUAÇU

Presidente da Mantenedora
Dr. Wilson Ramos Filho

Superintendência das Coligadas UB
Prof. Ms. Edson Aires da Silva

Direção Geral
Profª. Ms. Marta Borges Maia

Coordenação Acadêmica
Prof. Dr. Atilio A. Matozzo

Coordenação de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão
Cassiana Maria Rocha

Presidente do Instituto Sul Paranaense de Altos Estudos – ISPAE
Profª. Ms. Dagmar Rhinow

Coordenação do Curso de Administração
Prof. Ms. Jonas Elias de Oliveira

Coordenação do Curso de Agronomia
Prof. Ms. Zeno Jair Caesar Junior

Coordenação do Curso de Arquitetura e Urbanismo
Profª. Ms. Paula Vaccari Toppel

Coordenação do Curso de Biomedicina
Profª. Ms. Janaína Ângela Túrmina

Coordenação do Curso de Direito
Prof. Sandro Marcelo Perotti

Coordenação do Curso de Educação Física
Prof. Dr. Andrey Portela

Coordenação do Curso de Enfermagem
Profª. Ms. Marly Terezinha Della Latta

Revista Renovare de Saúde e Meio Ambiente – Ano 5 – Volume 2 – União da Vitória – Paraná.
De Julho a Setembro de 2018. ISSN: 2359-3326.

Coordenação dos Cursos Engenharia Civil

Prof^a. Larissa Yagnes

Coordenação do Curso de Engenharia Elétrica

Prof. Claudinei Dozorski

Coordenação do Curso de Engenharia Mecânica

Prof. Daniel Alberto Machado Gonzales

Coordenação do Curso de Engenharia de Produção

Prof. Ms. Wellington da Rocha Polido

Coordenação do Curso de Farmácia

Prof^a. Ms. Silmara Brietzing Hennrich

Coordenação do Curso de Fisioterapia

Prof^a. Ms. Giovana Simas de Melo Ilkiu

Coordenação do Curso de Medicina Veterinária

Prof. Ms. João Estevão Sebben

Coordenação do Curso de Nutrição

Prof. Wagner Osório de Almeida

Coordenação do Curso de Psicologia

Prof^a. Darcielle Mibach

Coordenação do Curso de Serviço Social

Prof^a. Lucimara Dayane Amarantes

Coordenação do Curso de Sistemas de Informação

Prof. Ms. André Weizmann

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA REVISTA

Editor Chefe das Revistas Uniguaçu

Prof. Atilio A. Matozzo

Coeditor

Prof. Ms. Vilson Rodrigo Diesel Rucinski

Conselho Editorial

Prof. Dr. Anésio da Cunha Marques (UNIGUAÇU)

Prof. Dr. Thiago Luiz Moda (UNESPAR)

Prof. Dr. Gino Capobianco (Universidade Estadual de Ponta Grossa)

Prof. Dr. Fernando Guimarães (UFRJ)

Prof. Dr. Rafael Michel de Macedo (Hospital Dr. Constantin)

Prof. Dr. Andrey Protela (UNIGUAÇU)

Prof^a. Ms. Melissa Geórgia Schwartz (UNIGUAÇU)

Prof^a. Ms. Eline Maria de Oliveira Granzotto (UNIGUAÇU)

Prof. Ms. Adilson Veiga e Souza (UNIGUAÇU)

SUMÁRIO

A ABORDAGEM AO PACIENTE EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	6
A FORMAÇÃO DO VÍNCULO NA FILIAÇÃO ADOTIVA TARDIA SOB O VIÉS DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA	14
A INCIDÊNCIA DE FATORES DESMOTIVACIONAIS, SUAS PRINCIPAIS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DENTRO DE UM SUPERMERCADO DE UMA COOPERATIVA NO MUNICÍPIO DE IRINEÓPOLIS SC.....	25
A INFLUÊNCIA DOS ESTILOS PARENTAIS NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA COM AUTISMO	53
ALTERAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM INTOLERÂNCIA A LACTOSE: UMA REVISÃO INTEGRADA	67
AS PRÁTICAS CORPORAIS COMO FERRAMENTA DE DESENVOLVIMENTO NA EDUCAÇÃO INFANTIL DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE UNIÃO DA VITÓRIA – PR E PORTO UNIÃO – SC.....	74
ASPECTOS SIMILARES ENTRE O CONCEITO DE ‘EU’ PARA A PSICOLOGIA E NEUROCIÊNCIA	91
ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DIANTE DAS PRÁTICAS E COMPETÊNCIAS NOS CUIDADOS DA UTI – UMA REVISÃO DE LITERATURA	102
AVALIAÇÃO DO POSICIONAMENTO ACADÊMICO DIANTE DA AUTOMEDICAÇÃO ENTRE ACADÊMICOS INICIANTE E FORMANDOS DO CURSO SUPERIOR DE BACHAREL EM FARMÁCIA DAS FACULDADES INTEGRADAS DO VALE DO IGUAÇU.....	117
CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS CLÍNICAS	132
CONHECIMENTO DOS BACHARÉIS EM EDUCAÇÃO FÍSICA SOBRE ATENDIMENTO EMERGENCIAL: UMA PESQUISA INVESTIGATIVA.....	173
CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS ATUANTES NAS UBS DE UNIÃO DA VITÓRIA-PR, QUANTO AO PRIMEIRO ATENDIMENTO A PACIENTES COM SUSPEITA DE DENGUE	191
EFICÁCIA DE GEL CICATRIZANTE COM EXTRATO DE ERVA MATE PARA PELE COM ACNE, EM ESTUDANTES DE UM CURSO DE FARMÁCIA DA CIDADE DE UNIÃO DA VITÓRIA – PR	219
ESTUDO BIBLIOGRÁFICO SOBRE A MOTIVAÇÃO INTRÍNSECA E EXTRÍNSECA DE ALUNOS (AS) DURANTE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM E COMO O RELACIONAMENTO COM O PROFESSOR (A) PODE CONTRIBUIR NESTE DESENVOLVIMENTO	231
ESTUDO BIBLIOGRÁFICO SOBRE PACIENTE PORTADOR DE DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA E O TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS.....	245
ESTUDO DE CASO DE PACIENTE DIAGNOSTICADA COM TROMBOSE VENOSA PROFUNDA, PORTADORA DE ÚLCERA VENOSA: ACOMPANHAMENTO, TRATAMENTO E RESULTADOS	254
ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE, EM UNIÃO DA VITÓRIA NO PERÍODO DE 2009 A 2014.	279
FATORES ASSOCIADOS AO BAIXO PESO AO NASCER: REVISÃO DE LITERATURA.....	299
FUNÇÃO PERSONALIDADE: UM ESTUDO DE CASO	313
GESTÃO DE ALTO RISCO: PERCEPTIVAS DA MULHER QUE VIVENCIA AS SINDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO (SHEG)	322

INDICADORES SOCIAIS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SEVERA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PORTO UNIÃO, SANTA CATARINA.....	336
MANIFESTAÇÕES CARACTERÍSTICAS SISTÊMICAS EM PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO DE SÃO MATEUS DO SUL - PR.....	346
MODA E SUBJETIVIDADE: O VESTUÁRIO COMO EXPRESSÃO DA IMAGEM DE SI	363
MORTALIDADE INFANTIL: ESTUDO DAS CAUSAS DE ÓBITO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA 6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA-PR, NO PERÍODO DE 2011 A 2015.....	375
O USO DO ECUZUMAB NO TRANSPLANTE RENAL.....	402
PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS EM PROCESSO DE HEMODIÁLISE NO MUNICÍPIO DE CANOINHAS: SUGESTÃO DE PROTOCOLO DE ORIENTAÇÕES	410
PERFIL DAS GESTANTES ADOLESCENTES COM INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSISTIDAS PELO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA, BITURUNA/PR ENTRE 2015 A 2017	446
PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NA ENFERMAGEM – UMA REVISÃO DE LITERATURA.....	461
PROGRAMAS DE TREINAMENTO PARA LÍDERES NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE A RELAÇÃO ENTRE ESTAS FERRAMENTAS DE GESTÃO EM UMA EMPRESA FAMILIAR DA CIDADE DE TRÊS BARRAS/SC	474
TREINAMENTO DE FLEXIBILIDADE E OS BENEFÍCIOS PARA GOLEIROS DE FUTSAL	484
USO DA ESCALA DO DESENVOLVIMENTO MOTOR COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CRIANÇAS AMAMENTADAS COM LEITE MATERNO: CONTRIBUIÇÕES PARA CONSULTA NA PUERICULTURA.....	501
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA: UMA PESQUISA DE CAMPO COM MONITORAS DE UMA EMPRESA DE ESTACIONAMENTO ROTATIVO DE PORTO UNIÃO/SC, QUE TEM A RUA COMO AMBIENTE DE TRABALHO	514

A ABORDAGEM AO PACIENTE EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

André Luiz Coelho Pereira¹
Caio Torres²
Carla Grazielli Soares de Almeida³
Daniela Silva Galo⁴
Ruth Borges Dias⁵

RESUMO: A organização do sistema de saúde brasileiro coloca a Atenção Primária à Saúde (APS) no centro da Rede de Atenção à Saúde, sendo então responsável por realizar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento de doenças, e ainda reabilitação dos usuários para a manutenção da saúde. A Estratégia de Saúde da Família, eixo principal da APS, é responsável pelo acolhimento de todos os usuários e suas necessidades, inclusive as urgências, situação considerada, por muitos profissionais, exclusiva de atendimento em atenções secundária ou terciária. O objetivo do trabalho é avaliar a capacidade de atendimento de um quadro de urgência ou emergência na atenção primária, levando em consideração a capacidade estrutural das unidades básicas de saúde (UBS) e a experiência profissional dos funcionários das UBS. Esse trabalho trata-se de uma revisão de literatura de caráter exploratório de abordagem qualitativa, baseada em artigos científicos das bases de dados SCIELO, MEDLINE e PUBMED, publicados no período de 2002 a 2017. Os critérios de inclusão foram artigos brasileiros que abordavam sobre as estratégias da atenção primária e a relação dos princípios do SUS na abordagem dos pacientes que frequentam a atenção primária. Já os de exclusão estavam artigos em língua estrangeira, cartas ao editor e publicações em congressos. A partir dos estudos fica clara a necessidade de investimentos financeiros e em qualificação profissional para reduzir a morbimortalidade dos pacientes que procuram as UBS em casos de urgência ou emergência e para reduzir a transferência desnecessária para serviços de alta complexidade.

PALAVRAS-CHAVE: Urgência. Atenção primária. Unidade básica de saúde.

ABSTRACT: The organization of the Brazilian health system places Primary Health Care (PHC) at the center of the Health Care Network, and is responsible for health promotion, disease prevention, diagnosis and treatment of diseases, and rehabilitation of users for health maintenance. The Family Health Strategy, the main focus of the APS, is responsible for welcoming all users and their needs, including urgencies, a situation considered by many professionals, exclusive care in secondary or tertiary care. The objective of the study is to evaluate the capacity of attending an urgent and / or emergency primary care setting, taking into account the structural capacity of the basic health units and the professional experience of the UBS staff. This is an exploratory literature review of a qualitative approach, based on scientific articles from the SCIELO, MEDLINE and PUBMED databases, published between 2002 and 2017. The inclusion criteria were Brazilian articles that primary care strategies and the relationship of SUS principles in the approach of patients attending primary care. Already the ones of exclusion were articles in foreign language, letters to the publisher and publications in contests. From the studies, it is clear the need for financial investments and professional qualification to reduce the morbidity and mortality of patients seeking UBS in cases of urgency and / or emergency and to reduce unnecessary transference to high complexity services.

KEYWORDS: Urgency. Primary care. Basic health unit.

¹ Acadêmico da Universidade José do Rosário Vellano

² Acadêmico da Universidade José do Rosário Vellano

³ Acadêmico da Universidade José do Rosário Vellano

⁴ Acadêmico da Universidade José do Rosário Vellano

⁵ Docente da Universidade José do Rosário Vellano

1 INTRODUÇÃO

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) compõem a estrutura física básica de atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, observou-se aumento no fluxo de circulação dos usuários nestes serviços, tornando-se necessária a reorganização do processo de trabalho nessas unidades de forma a atender os diferentes graus de especificidade e necessidades conforme as diversas prioridades.

Segundo o ministério da saúde, o atendimento aos pacientes em quadros de urgência ou emergência deve ser prestado por todas as portas de entrada do SUS, incluindo as UBS, onde há o dever de manter a universalidade e a integralidade da atenção ao usuário. Toda UBS deve ser capaz de fornecer atendimento resolutivo para casos de baixa complexidade e o primeiro atendimento, capaz de estabilizar o quadro de pacientes mais graves para transporte e ajudar na regulação da porta de entrada dos serviços de emergência. Como descrito pelo ministério da saúde, é inadmissível a falta de atendimento por incapacitação da equipe ou por falta de insumos para a abordagem adequada ao paciente.

Para uma efetiva oferta de serviços de urgência e até de emergências as UBS requerem, no entanto, a existência de condições tais como: hierarquização clara das ações e serviços a serem prestados por cada nível de atenção para o correto destino do paciente; utilização de protocolos clínicos para a adequada abordagem do paciente em seu quadro atual; competência técnica dos profissionais, que devem estar preparados para reconhecer, por meio da avaliação dos sinais e sintomas, os sinais de gravidade; sistema de referência e contra referência; sistema de regulação do transporte e dos leitos de observação; sistemas de comunicação e logística; recursos tecnológicos mínimos; área física adequada; entre outros.

2 METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão de literatura de caráter exploratório de abordagem qualitativa, com o objetivo de avaliar a capacidade de atendimento de um

quadro de urgência ou emergência na atenção primária, levando em consideração a capacidade estrutural das unidades básicas de saúde (UBS) e a experiência profissional dos funcionários das UBS. Inicialmente foi feita uma busca sistematizada on-line de artigos científicos nas bases de dados SCIELO, MEDLINE e PUBMED, sendo usado as palavras-chaves: “urgência”, “atenção primária” e “unidade básica de saúde”. Para a realização desta revisão de literatura foi selecionado artigos com maior relevância clínica publicados no período de 2002 a 2017 e, após a escolha dos artigos foi feita uma organização lógica do assunto sendo colocados em ordem de coerência textual.

Os critérios de inclusão para a realização da revisão de literatura foram artigos brasileiros que abordavam sobre as estratégias da atenção primária e a relação dos princípios do SUS na abordagem dos pacientes que frequentam a atenção primária. Dentre os critérios de exclusão estavam artigos em língua estrangeira, cartas ao editor e publicações em congressos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, instituída pela Portaria nº 675/GM de 30 de março de 2006, afirma que os cidadãos brasileiros têm direito de acesso aos serviços de saúde de forma ordenada, organizada e acolhedora, e seu problema deve ser sanado efetivamente por meio de tratamentos adequados, humanizados e livres de qualquer discriminação. Nesse sentido, os usuários têm direito de receber os cuidados apropriados de acordo com seu estado de saúde (FARIAS et al, 2015).

Segundo o Conselho Federal de Medicina os termos urgência e emergência são abordados de maneira diferentes. Urgência é caracterizado como "a ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata". Já emergência é caracterizada como "a ocorrência de condições de agravo à saúde que impliquem em risco eminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo o tratamento imediato" (GARCIA, et al 2012). Os quadros de urgência ou emergência atualmente são divididos de acordo com as prioridades em quatro níveis, sendo o Nível 1: prioridade absoluta, ou seja, que

apresentam risco imediato a vida. Nível 2: moderado, com necessidade de atendimento médico dentro de poucas horas e não imediato. Nível 3: baixo, esse precisa de uma avaliação médica, mas não há risco de vida ou perda de funções, podendo aguardar várias horas. Nível 4: mínima, na qual o médico regulador pode proceder o conselho por telefone, orientar sobre o uso dos medicamentos e cuidados gerais (GARCIA, et al 2012).

O Ministério da Saúde considera que as Unidades Básicas de Saúde (UBS), mediante um quadro de urgência devem iniciar as condutas necessárias. Da mesma forma, de acordo com a Portaria n^o 2.048, além das UBS, o atendimento aos pacientes portadores de quadros de urgência e emergência deve ser prestado por todas as portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), que segundo as diretrizes do Decreto n^o 7508 de 2011, são caracterizadas pela atenção básica; atenção de urgências e emergências; atenção psicossocial e pelos serviços especiais de acesso aberto (SOARES, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Toda UBS deve ser capaz de acolher às urgências de baixa gravidade ou complexidade. A admissão de um paciente com uma demanda de urgência deve ser prontamente atendida, sendo considerado como inadmissíveis os casos de pacientes que não são atendidos quando procuram as UBS de referência, devido à ausência de vagas, falta de profissionais capacitados ou de insumos (ROCHA, et al 2009; SOARES, 2013).

A procura da UBS mediante um quadro de urgência mostra que essas unidades muitas vezes são consideradas como um pronto atendimento pelo usuário. Isso ocorre por vários motivos, dentre eles o mecanismo da longitudinalidade que faz com que os pacientes criem vínculos estreitos de confiança com os profissionais das unidades. Além disso, os serviços de emergência ainda sofrem de capacidade altamente restrita. Há falta de ambulâncias e profissionais de saúde, especialmente em municípios pequenos e remotos, e a disponibilidade e a acessibilidade a nível comunitário tornam o atendimento primário o primeiro ponto de contato, às vezes até mesmo para atendimento de emergência. Por fim, alguns pacientes evitam propositalmente os serviços de emergência (MARCOLINO et al., 2017; BRASIL, 2002).

Todo quadro de urgência ou emergência deve ser avaliado, quando possível, inicialmente na UBS de referência, local em que as condições de saúde do paciente já são conhecidas e, caso necessário, deve ser encaminhado para os atendimentos de maior complexidade. Porém, existem muitos quadros urgentiais que poderiam ser integralmente atendidos na UBS, mas são dirigidos à unidade de maior complexidade desnecessariamente, como o controle da asma leve e moderada, hidratação nas diarreias e nos vômitos, analgesia na dor crônica ou aguda, imobilização na luxação e entorses e suturas pequenas. Tal fato acaba desvinculando o paciente do serviço, pois normalmente são atendidos por profissionais que, muitas vezes, possuem vínculo temporário com o sistema de urgência, não conhecem a rede loco regional e suas características funcionais e, frequentemente, prescrevem medicamentos não disponíveis na rede SUS e de alto custo. Assim, o paciente não usa a nova medicação que lhe foi prescrita por não poder adquiri-la e, tão pouco, usa a medicação anteriormente prescrita e disponível na unidade de saúde, pois para de acreditar que esta seja suficiente para controlar sua doença (BRASIL, 2002).

A organização do sistema de saúde brasileiro coloca a Atenção Primária à Saúde (APS) no centro da Rede de atenção à saúde, sendo então responsável por realizar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento de doenças, e ainda reabilitação dos usuários para a manutenção da saúde. A Estratégia de Saúde da Família, eixo principal da APS, é responsável pelo acolhimento de todos os usuários e suas necessidades, inclusive as urgências (FARIAS *et al*, 2015).

Todas as UBS devem estar preparados para reconhecer os sinais de gravidade, pois a impressão inicial do paciente em situação de urgência possibilita o reconhecimento rápido de instabilidade fisiológica. A detecção precoce dos sinais de deterioração clínica e as abordagens específicas são decisivas para o prognóstico do paciente (MELO 2011; SILVA, 2011). Todo paciente deve ser inicialmente acolhido e classificado quanto ao risco da urgência. O acolhimento é uma ação que pressupõe a mudança da relação entre profissional de saúde e o usuário com a sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. Já a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos usuários que

necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde e grau de sofrimento (MELO 2011; SILVA, 2011).

O profissional de saúde que deparar com uma situação de urgência deverá, o mais precocemente, avaliar o paciente, realizar manobras para sobrevivência e prepará-lo para o transporte. A transferência para unidades de maior complexidade é determinada pelo médico, ficando esse responsável pelo paciente até a sua admissão nas unidades de maior complexidade. Antes de ser encaminhado é muito importante que algum profissional notifique o setor para que todo o material necessário para garantir a sobrevivência do paciente esteja disponível na sua admissão. A impossibilidade do transporte ou sua realização de maneira inadequada podem levar o paciente à morte ou resultar em sequelas irreversíveis (MELO 2011; SILVA, 2011).

Alguns fatores interferem na condução de um quadro de urgência ou emergência, tais como a capacidade física de atendimento das UBS. O Manual de Estrutura Física das UBS é o documento mais recente sobre a normatização da estrutura física das UBS, em conformidade com a RDC nº. 50/0224. Este orienta os gestores municipais na elaboração de projetos para reforma ou mesmo ampliação das UBS, mas não padroniza as estruturas físicas que devem observar a regulamentação própria dos Estados e Municípios. Indica os ambientes internos, os mobiliários, equipamentos e instrumentais necessários para uma UBS que prevê o trabalho de uma equipe de saúde da família. Além disso, determina o atendimento em urgências básicas e o encaminhamento adequado das urgências, emergências e de casos de maior complexidade. No entanto, embora determine as atividades de urgência ou emergência, nenhum espaço ou qualquer mobiliário, equipamento ou instrumento são referidos para a viabilização desse tipo de atividade. Poucos são os serviços disponíveis no Brasil que ampliaram os setores das UBS para uma melhor abordagem perante uma urgência. Algumas regiões como Campinas e a Escola de Saúde Pública de Belo Horizonte, criaram alguns protocolos clínicos de urgências para as UBS e melhoraram o atendimento desses quadros no setor primário (BRASIL, 2006).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos estudos pode-se concluir que se faz necessário a qualificação dos profissionais de UBS para o manejo de situações de urgência, que podem se apresentar na unidade. Além disso, várias UBS têm uma estrutura física precária e a maioria não possui medicações e equipamentos básicos. Dessa forma, fica clara a necessidade de investimentos financeiros e em qualificação profissional para reduzir a morbimortalidade dos pacientes que procuram as UBS em casos de urgência ou emergência e para reduzir a transferência desnecessária para serviços de alta complexidade, o que acaba gerando super lotação em tal serviço e dificultando a transferência de pacientes que necessitariam de forma imediata de atendimento neste setor. É importante a difusão da ideia de que todas as UBS devem acolher o paciente em situação de urgência ou emergência, e os profissionais de saúde devem ser capazes de avaliar e conduzir o caso. Além disso, todas as UBS devem ter uma rede de referência estruturada para o encaminhamento dos casos atendidos, bem como a garantia de transporte para os casos mais graves.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FARIAS, D. C. *et al.* Acolhimento e Resolutividade das urgências na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.39, n.1, p.79-87, 2015.

GARCIA, A.B. Estratégia da Saúde da Família: Capacidade da Equipe para o Atendimento de Urgência e Emergência. **Revista Nursing**, v.14, n.167, p.216-220, 2012.

SOARES, S. S. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. **Fundação Oswaldo Cruz**. Rio De Janeiro, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde - Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília-DF, 2002.

ROCHA, R.L.P. *et al.* Relações entre Profissionais de uma Unidade Básica de Saúde e do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista médica de Minas Gerais.** v.19, n.4, p.317-324, 2009.

MARCOLINO M. S. *et al.* Emergências Cardiovasculares na Atenção Primária: um Estudo Retrospectivo Observacional de um Serviço de Telecardiologia em Larga Escala. **Revista Médica de São Paulo.** v.35, n.5, p.32-44, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria - Organização do atendimento Móvel de Urgência. Brasília-DF, 2002.

MELO, M.C.B; SILVA, N.L.C. Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde. **Nescon UFMG**, 2011.

LUMER.S.; RODRIGUES, P.H.A. O papel da saúde da família na atenção às urgências. **Revista APS.** v.14, n.3, p.289-295, 2011

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família. Brasília-DF, 2006.

A FORMAÇÃO DO VÍNCULO NA FILIAÇÃO ADOTIVA TARDIA SOB O VIÉS DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

Rubielle Rebonatto da Rosa¹

RESUMO: Este artigo teve como objetivo principal investigar a adoção tardia em articulação com a formação do vínculo de filiação, sob o respaldo da abordagem centrada na pessoa. Trata-se de um estudo teórico, que teve como base o aporte teórico de autores como: Carl Rogers, Lídia Weber, Rosana Barros, entre outros. Primeiramente, foi apresentado uma contextualização histórica do processo de adoção e como esta se tem orientado atualmente; em um segundo momento se discorreu sobre a abordagem centrada na pessoa, desenvolvida por Carl Rogers; por último discutiu-se a adoção tardia e a formação do vínculo de filiação. Constatou-se a importância da ajuda psicológica durante todo processo de adoção para que algumas especificidades sejam trabalhadas e elaboradas pelas famílias. Em relação à abordagem centrada na pessoa, podem-se verificar algumas condições facilitadoras básicas, que podem servir para uma relação saudável entre a família e os futuros filhos, tais como: a empatia, a aceitação positiva incondicional e a noção de congruência. Por fim, partindo do pressuposto de que todo ser humano possui a capacidade de constante atualização, tanto a família quanto o filho adotivo, podem abrir-se para novas experiências em um vínculo de confiança, liberdade, autonomia e amor.

Palavras-chave: Adoção tardia. Carl Rogers. Vínculo.

ABSTRACT: The objective main of this article it was investigate the late Adoption in articulating with the filiation bond, supporting in the person centered approach. This is a theoretical study, which had as its base the theoretical contribution of authors such as: Carl Rogers, Lídia Weber, Rosana Barros, Others among. Firstly, it was presented a historical contextualization of the Adoption Process and how it is currently oriented; secondly it was discussed on the person-centered approach developed by Carl Rogers; lastly we discussed the Late Adoption and a Formation of the filiation bond. It was verified the importance of the psychological helps during all the Process of Adoption, because some specificities have to worked and elaborated by the families. In relation to the person-centered Approach, there are some basic facilitating conditions, that can serve for a healthy relationship between the family and the future children, such as: empathy, unconditional positive acceptance and a notion of congruence. Lastly, based on assumption that all human being has a capacity of constant updating, the family and the adoptive child, can open themselves to the new experiences in which trust, freedom, autonomy and affection.

Key-words: Late Adoption. Carl Rogers. Bond.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A adoção refere-se à construção de um sistema familiar distinto que envolve aspectos sociais, jurídicos, afetivos e psicológicos. Embora, a filiação adotiva esteja imbricada em uma complexidade de aspectos, ela ocorre em grande medida, pela vinculação dos laços parentais com o adotando.

Cabe ressaltar que o termo ‘filiação’ não se refere somente a filiação biológica, mas trata-se do vínculo decorrente da relação sócio afetiva constatada entre pais e filhos, tendo como fundamento o afeto. Nesse sentido, Gama (2003, p. 482-483) esclarece que “melhor pai ou mãe nem sempre é aquele que biologicamente ocupa

¹ Graduada em Psicologia pela Faculdade Sant’Ana.

tal lugar, mas a pessoa que exerce tal função, substituindo o vínculo biológico pelo afetivo”. Assim, pode-se dizer que a vinculação é um processo dinâmico, contínuo e incessante que exige esforço, dedicação e tempo.

Segundo Barros (2014), a experiência adotiva é única e singular, todavia, podem-se observar certas características regulares, que se repetem especialmente, nos casos de adoção de crianças maiores. O acompanhamento e compreensão destas características por um profissional capacitado é fundamental para facilitar na formação e consolidação do vínculo entre pais e criança.

Nessa direção, este artigo tem como objetivo principal investigar a adoção tardia em articulação com a formação do vínculo de filiação, sob o respaldo da abordagem centrada na pessoa. Pretende-se tratar a referida questão na esfera teórica, dessa forma, a abordagem metodológica utilizada será a pesquisa bibliográfica, tendo como base o aporte teórico de autores como: Carl Rogers, Lídia Weber, Rosana Barros, entre outros.

A adoção de crianças maiores possui certas especificidades que demandam nos pais a compreensão de uma história, de uma subjetividade própria e já constituída da criança. Ao discorrer sobre esta temática, busca-se, sobretudo, produzir reflexões sobre a importância da preparação psicológica na adoção, com vistas a facilitar a construção de um vínculo de confiança entre pais e filhos.

Para tanto, em um primeiro momento será apresentada uma contextualização histórica do processo de adoção e como esta se tem orientado atualmente; em um segundo momento se discorrerá sobre a abordagem centrada na pessoa desenvolvida por Carl Rogers; por último se discutirá a adoção tardia e a formação do vínculo de filiação.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROCESSO JURÍDICO DA ADOÇÃO

A prática da adoção sempre existiu ao longo da história. Na Grécia e em Roma ela era caracterizada por um cunho religioso que tinha o intuito de evitar a extinção da família – nos casos daquelas que não possuíam descendência masculina –, consolidando-se sob a perspectiva da perpetuação e continuidade dos pais e da

família. Na Idade Média houve um declínio desta prática, porque o Direito Canônico concebia a adoção como um instrumento usado para legitimar filhos de relacionamentos extraconjugais (BARROS, 2014). Além da influência do cristianismo, este período não dava tanta importância ao período da infância, o que colaborou para o descaso com a proteção da criança, e conseqüentemente, na redução da prática adotiva.

Na Idade Moderna, a adoção novamente ganhou espaço, incluindo-se na dimensão normativa da legislação, como por exemplo, se prevê no Código Napoleônico. No entanto, o grande marco deste período, é a sua concepção mais social que se propagou após a Primeira Guerra Mundial, em que muitas crianças ficaram órfãs (BARROS, 2014). Dessa forma, enquanto na adoção clássica buscava-se garantir a descendência da família, a adoção moderna preconiza a solução para o bem estar de criança que foram destituídos de sua família de origem.

No que concerne a legislação brasileira, a normatização do instituto da adoção teve como marco legal o Código Civil de 1916 que entrou em vigor no ano de 1917. No entanto, este código e as leis dos anos posteriores, diferenciavam os filhos biológicos dos adotivos. Foi então, a partir da Constituição Federal de 1988 que a legislação igualou os direitos de todos os filhos.

Art. 277 [...]: § 5º A adoção será assistida pelo poder público, na forma da lei, que estabelecerá casos e condições de sua efetivação por parte de estrangeiros.

§ 6.º Os filhos, havidos ou não da relação do casamento, ou por adoção, terão os mesmos direitos e qualificações, proibidas quaisquer designações discriminatórias relativas à filiação (BRASIL, 1988, p.47).

Ademais, a Lei 80.609/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) disciplina a adoção de crianças e adolescentes e ratifica a Constituição de 1988. O art. 41 da referida lei, normatiza que “a adoção atribui a condição de filho ao adotado, com os mesmos direitos e deveres, inclusive sucessórios [...]” (BRASIL, 1990).

Quanto aos requisitos para que haja a adoção, estes podem ser divididos em requisitos subjetivos: idoneidade do adotante, dos motivos legítimos e do desejo de filiação, e sobre as reais vantagens que a adoção irá proporcionar ao adotado (art. 43, ECA); e os requisitos objetivos: idade, consentimento dos pais e do adolescente ou

destituição do poder familiar, procedência de estágio de convivência e prévio cadastramento. Em relação a precedência de estágio de convivência, este ocorre a fim de verificar se há compatibilidade entre o adotante e o adotado e deve ser acompanhado por uma equipe interprofissional, realizando um estudo psicossocial do adotante e verificando se ele possui os requisitos subjetivos e objetivos citados anteriormente (BRASIL, 1990).

Um marco importante do Estatuto ocorreu pela Lei nº 12.010, que está em vigor desde novembro de 2009 e também é conhecida como “Nova lei da adoção”. Esta Lei altera as disposições do ECA e do Código Civil de 2002, incentivando a adoção de crianças maiores, com necessidades especiais, negros, índios, entre outros (BRASIL, 2009). Além disso, destaca-se o Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária (PNCFC) que visa romper com a institucionalização de crianças e adolescentes e prioriza a qualidade dos vínculos familiares.

A ênfase no vínculo de parentalidade/filiação respeita a igualdade de direitos dos filhos, independentemente de sua condição de nascimento, imprimindo grande flexibilidade na compreensão do que é a instituição familiar, pelo menos no que diz respeito aos direitos das crianças e adolescentes. Torna-se necessário desmistificar a idealização de uma dada estrutura familiar como sendo a “natural”, abrindo-se caminho para o reconhecimento da diversidade das organizações familiares no contexto histórico, social e cultural. Ou seja, não se trata mais de conceber um modelo ideal de família, devendo-se ultrapassar a ênfase na estrutura familiar para enfatizar a capacidade da família de, em uma diversidade de arranjos, exercer a função de proteção e socialização de suas crianças e adolescentes (BRASIL, 2006, p. 24).

O que se pode perceber é que surge uma nova configuração familiar, que vai além da concepção tradicional de família e abre-se para diferentes arranjos familiares. Esta concepção é preconizada e reafirmada pela nova lei, que visa assegurar o vínculo entre pais e filhos. Embora, isso demonstre um avanço legislativo, Souza (2012) aponta que a prática da adoção ainda enfrenta muitos desafios, especialmente na adoção de crianças maiores.

3 A ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA DE CARL ROGERS

A Abordagem Centrada na Pessoa, formulada por Carl Rogers, classifica-se como uma teoria e prática humanista influenciada pela filosofia fenomenológica

existencial. A expressão 'centrada na pessoa' é utilizada para se referir a uma forma específica e positiva de entrar em relação com outro, ou seja, esta abordagem é centrada na experiência global do indivíduo e não apenas em seu comportamento.

Segundo Rogers (1983), todo indivíduo vive e se define em um mundo de experiência no qual é o centro. Este mundo particular é denominado de campo fenomenal ou campo experiencial, que contém tudo que passa no organismo em qualquer momento (eventos, percepções, sensações, etc.) e que está potencialmente disponível à consciência. Isso significa afirmar que o indivíduo não reage a uma realidade absoluta, mas a uma percepção pessoal desta realidade. A compreensão da realidade objetiva a partir desta percepção ocorre por meio do quadro de referência interna do próprio indivíduo. Desse modo, a estrutura do eu para Rogers é formada como resultado da interação do indivíduo com o ambiente e, de modo particular, como resultado da interação valorativa com os outros.

A premissa fundamental desta abordagem é a assertiva de que em todo indivíduo existe uma tendência atualizadora, uma tendência inerente ao organismo para crescer, desenvolver e atualizar suas potencialidades em uma direção positiva e construtiva. Rogers denomina este fenômeno como tendência atualizante, que permite a confirmação do Self e a preservação do organismo, facultando assim, a consonância entre a experiência vivida e a sua simbolização.

A tendência atualizante não visa somente a manutenção das condições elementares de subsistência como as necessidades de ar, alimentação, etc. Ela preside, igualmente, atividades mais complexas e mais evoluídas tais como a diferenciação crescente dos órgãos e funções; a revalorização do ser por meio de aprendizagens de ordem intelectual, social, prática [...] (ROGERS; KINGET, 1977).

Ao passo que o indivíduo tem a capacidade de se dirigir a si mesmo e de reorganizar a sua concepção de self, Rogers verifica, no contexto clínico, que o terapeuta não precisa ser diretivo. Desse modo, a atitude não diretiva é uma subscrição do conceito de tendência atualizante, na medida em que "é uma confiança de que o cliente pode tomar as rédeas, se guiado pelo técnico, é a confiança de que o cliente pode assimilar insight se lhe for inicialmente dado pelo técnico, pode fazer escolhas" (ROGERS, 1983, p.76).

O que se pode constatar é que Rogers preconiza uma visão de homem positiva, a qual se norteia pela potencialidade do indivíduo em se auto atualizar. Além do contexto terapêutico, este teórico contribui para outros âmbitos, como por exemplo, o campo

educacional e organizacional. Independente do espaço a que se refere, Rogers enfatiza, sobretudo, a relação entre as pessoas. Nesse sentido, ele enumera um conjunto de atitudes que considera facilitadoras do processo de comunicação interpessoal. Sobre este último aspecto – a relação com o outro –, alicerçado no processo de adoção tardia, que será discorrido a seguir.

4 A ADOÇÃO TARDIA E A FORMAÇÃO DO VÍNCULO DE FILIAÇÃO

A adoção tardia é o termo utilizado para designar a adoção de crianças a partir de dois anos, ou seja, quando a criança tem certa independência do adulto para satisfação de suas necessidades básicas (COSTA; ROSSETTI-FERREIRA, 2007). A adoção de crianças maiores possui uma singularidade, na medida em que estas já tiveram expressiva parte do seu desenvolvimento em contextos com possíveis negligências, violência, privações ou longo tempo de institucionalização. Estas particularidades exigem atenção, cuidado e paciência da família adotiva.

O processo de adoção passa por algumas etapas, uma das mais importantes é a do “Estágio de Convivência”, onde há uma aproximação da criança ou do adolescente com a família pretendente. A importância desta fase justifica-se pela preparação da criança e dos adotantes para a adoção. Conforme pontua Pereira (2012), a forma como a transição entre a instituição e a família adotiva é realizada pode influenciar o sucesso da integração da criança a seu novo lar, conseqüentemente, contribui para o estabelecimento de vínculo entre eles.

Após o trâmite legal, a criança ou adolescente será entregue para a família substituta. A chegada do adotante na família será festejada, no entanto, no dia a dia surgem alguns desafios que demandará readaptações de ambos os lados. Souza (2012) alerta que as crianças maiores, muitas vezes, apresentam humor oscilante, impulsividade, dificuldade em adaptação, visto que os moldes familiares não são absorvidos facilmente.

Sob este aspecto, a adoção tardia apresenta algumas características pelas quais pais e filhos podem passar. A primeira delas é conhecida como a “fase da lua-de-mel”, em que as interações entre os pais e a criança são mais positivas do que o esperado. Este período pode ser acompanhado pela ocorrência dos primeiros conflitos, havendo o risco de o filho emitir comportamentos de oposição e de

agressividade que são geralmente interpretados como forma de testar a permanência e a consistência do novo relacionamento com os pais. Há também a fase em que a criança pode apresentar regressão de habilidades que já faziam parte de seu repertório comportamental, como voltar a engatinhar, pedir para tomar mamadeira, entre outros (VARGAS, 1998; WEBER, 2011).

Como se pode observar, são muitas as dificuldades que podem surgir no processo de adoção, e em especial, na construção do vínculo na relação de parentalidade com uma criança mais velha. Assim, no contexto da adoção tardia são necessárias diferentes estratégias de interação afetiva. Nessa direção, Barros (2014) apresenta algumas práticas que facilitam a vinculação afetiva em famílias que adotaram crianças mais velhas, tais como: passar mais tempo e brincar com a criança, informar e orientar os pais adotivos sobre aspectos relacionados à educação e vinculação afetiva, práticas parentais autoritárias, entre outras.

Em relação à brincadeira, esta é uma das melhores práticas de se aproximar e conhecer a criança. Conforme elucida Souza (2012, p.50), “é nas brincadeiras que conhecemos o outro. Usar jogos, rolar na grama, sentar no chão, cantar, dançar e descobrir o filho que recebeu”. E ainda, a vinculação afetiva com os pais será beneficiada se eles puderem passar o maior tempo possível com a criança, antes de retornarem ao trabalho.

A missão da família adotiva no convívio com uma criança ou adolescente que passou por dificuldades e rompimentos de vínculos afetivos é de ensiná-lo novas formas de interagir, tudo regado com carinho e adaptação. Kinget e Rogers (1977) ensinam que é a partir de uma relação humana dotada de certas condições favoráveis a aceitação de si e ao pleno desenvolvimento que um processo de mudança interna, visceral pode se instaurar.

Nesse tipo de relação, deve ocorrer um encontro profundo onde a família se aproxima o mais possível do fluxo experiencial daquele adotando, a fim de oferecer-lhe uma compreensão empática desse vivido. O adulto deverá se colocar no lugar do adotando: este filho é um ser com experiência de perdas e rupturas. Nesse sentido, Kinget e Rogers (1977, p.45) definem compreensão empática como uma “capacidade de se imergir no mundo subjetivo do outro e de participar na sua experiência, na

extensão em que a comunicação verbal ou não verbal o permite. É a capacidade de se colocar verdadeiramente no lugar do outro, de ver o mundo como ele o vê".

Assim, pode-se dizer que a compreensão empática é um processo dinâmico que significa a capacidade de se inserir no universo perceptivo do outro, sem julgamento, tomando consciência dos seus sentimentos, sem deixar de respeitar o seu ritmo de descoberta de si próprio (ROGERS, 1985, p.64). Sob este aspecto, o adotando sente-se não apenas aceito, mas também compreendido enquanto pessoa na sua totalidade. Nota-se aqui o conceito rogeriano acerca da 'aceitação incondicional', esta se refere aceitação "da pessoa por parte da outra, tal como ela é, sem juízos de valor ou críticas a priori" (ROGERS, 1985, p.65). Este conceito remete a noção de congruência, ou seja, os sentimentos que a pessoa está vivenciando são acessíveis a sua consciência, o que possibilita comunicar estes sentimentos ao outro, se isto for adequado.

Nota-se a importância da disponibilidade da família para receber a criança adotiva, da abertura para estar com ela, o objetivo é ir ao encontro da criança, conhecer a pessoa que chegou naquela família, comunicar-se com ela. Dessa forma, a família respeita a história e as experiências de vida do adotando, mas livre de pré-julgamentos e aceitando-o como ele é. Assim, em um trabalho conjunto a família pode propiciar o desenvolvimento dos laços afetivos.

Os resultados dessa postura ratifica a formação do Self, visto que O 'eu' sofre mudanças constantes quando se vivencia novas aprendizagens e experiências, favorecendo sua maturidade psíquica. Cabe enfatizar que tanto a criança quanto o adolescente estão em desenvolvimento e possuem a potencialidade para se desenvolver desde que lhe sejam dadas condições favoráveis para tanto. Uma relação fundada nas atitudes acima descritas pode edificar-se no respeito, confiança, aceitação e autenticidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo teve como proposta principal investigar a adoção tardia em articulação com a formação do vínculo de filiação, sob o respaldo da abordagem centrada na pessoa.

Primeiramente, contextualizou-se o processo jurídico da adoção, onde verificamos que a filiação adotiva é submetida, atualmente, pelo regime jurídico estabelecido pela Lei 12.010/09, intitulada 'Nova Lei da Adoção'. A referida Lei, dentre outras obrigações, incentiva a adoção de crianças maiores, com necessidades especiais, negros, índios, entre outros.

Em seguida, foram realizados alguns sobre a Abordagem Centrada na Pessoa, formulada por Carl Rogers. O pressuposto fundamental desta perspectiva é a crença de que todo organismo é movido por uma tendência inerente (tendência atualizante) para desenvolver as suas potencialidades, portanto, o núcleo da personalidade humana tem uma tendência à saúde e ao bem estar. Nesse sentido, a aprendizagem do "eu" acontece pela descoberta das potencialidades e pela aceitação das próprias limitações, mas isso só faz possível de ocorrer a partir da relação com o "outro". Além disso, este autor enfatiza a importância do aprender a ser, aprender a viver junto, o cuidado com outro, a aceitação e a valorização da pessoa.

A partir destas considerações, pode-se articular o pensamento rogeriano com a formação do vínculo de filiação na adoção tardia. Cabe ressaltar, em primeiro lugar, que a adoção tardia possui certas especificidades. Dentre elas, está o fato de que a criança ou adolescente tem uma pré-história com experiências, muitas vezes, traumáticas de violência e abandono.

Para que as famílias adotivas possam construir dinâmicas mais favoráveis, é fundamental considerar as especificidades do processo adotivo, tanto no que condiz a consciência da família adotiva da existência desta história anterior do adotando, como também o conhecimento desta família de seus próprios medos, desejos e expectativas. É muito importante que os adotandos compreendam a sua própria dinâmica psicológica para que possa ser trabalhada, compreendida e elaborada.

Nesse sentido, a ajuda psicológica se mostra a principal alternativa para que as famílias lidem melhor com esse processo.

O que Rogers nos ensina é que existem algumas condições facilitadoras básicas, as quais podem servir para o estabelecimento dos parâmetros de uma relação saudável da família candidata a adoção com os futuros filhos. A empatia, por exemplo, é uma das condições em que a família precisa vivenciar, a qual remete para uma compreensão empática do mundo interno dos filhos adotivos. A empatia envolve a aceitação positiva incondicional, onde não há desaprovação nem julgamento em relação a esta pessoa. Este processo remete também a noção de congruência, a qual significa que os sentimentos que a pessoa está vivenciando são acessíveis a sua consciência, e assim, ela é capaz de viver tais sentimentos e comunicá-los na relação com o outro.

Por fim, partindo do pressuposto de que todo ser humano possui a capacidade de constante atualização, tanto a família quanto o filho adotivo, podem abrir-se para novas experiências em um vínculo de confiança, liberdade, autonomia e afeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, R.M.S. de. **Adoção e Família: A preferência pela faixa etária certas e incertezas.** Curitiba: Editora Juruá, 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Presidência da República. 5 de outubro de 1988. Brasília, 1988.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA,** Código Civil Brasileiro e a *Lei nº. 12.010/09.* Brasília, 2009.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente:** Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Brasília, 1990.

BRASIL. **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária.** Brasília, 2006.

COSTA, N.R.A.; ROSSETTI-FERREIRA, M.C. Tornar-se pai e mãe em um processo de adoção tardia. **Psicologia: Reflexão e Crítica,** v.20, n.3, p.425-434, 2007.

GAMA, G. C.N. da. **A nova filiação:** o biodireito e as relações parentais: o estabelecimento da parentalidade-filiação e os efeitos jurídicos da reprodução assistida heteróloga. Rio de Janeiro: Renovar, 2003, 1050 p.

KINGET, Marian; ROGERS, Carl. **Relações Humanas e Psicoterapia**, Belo Horizonte, Interlivros, 1977.

PEREIRA, C.L. **Adoção tardia:** investigação sobre padrões de relacionamento familiar, comportamento escolar e social. 122f. Dissertação de mestrado em Educação. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2012.

ROGERS, C. **Tornar-se Pessoa**. Lisboa: Moraes Editores, 1985.

ROGERS, C. **Um Jeito de Ser**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1983.

SOUZA, H. P. de. **Adoção Tardia:** a necessária preparação para adoção. Curitiba: Editora Juruá, 2012.

VARGAS, M.M. **Adoção tardia:** da família sonhada à família possível. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

WEBER, L. **Adote com carinho:** um manual sobre aspectos essenciais da adoção. Curitiba: Juruá, 2011.

A INCIDÊNCIA DE FATORES DESMOTIVACIONAIS, SUAS PRINCIPAIS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DENTRO DE UM SUPERMERCADO DE UMA COOPERATIVA NO MUNICÍPIO DE IRINEÓPOLIS SC.

Jaqueline Gielinski¹

Darciele Mibach²

Daniel A. Machado Gonzales³

João Vitor Passuello Smaniotto³

RESUMO: O presente trabalho visa demonstrar os fatores que influenciam a ocorrência da desmotivação no ambiente de trabalho, ressaltando as subjetividades da motivação dentro do ambiente organizacional. Nos dias atuais devido a globalização o mercado de trabalho torna-se extremamente competitivo, desta forma acaba eliminando fronteiras e dando origem a um mercado único e global, o desafio em cima destas mudanças é conseguir dominar a mesma, de forma que seja possível minimizar fatores capazes de desmotivar os colaboradores. Existe uma crise geral na motivação onde profissionais de diversas áreas acabam sendo afetadas, sendo que se torna impossível gerir qualquer atividade humana no momento em que seu trabalho perdeu o sentido. Diante desta realidade procurou-se pesquisar a desmotivação em um ambiente organizacional através de diversas leituras em teorias, pesquisas e estudos sobre o assunto. Foi possível identificar que existe um mundo ainda desconhecido no vasto campo da desmotivação humana, porém, há a convicção que é necessário a motivação para o bem estar físico e mental do colaborador, e sem deixar de lado a importância para a sobrevivência das organizações, e que atividades embasadas em neste tema podem trazer grandes benefícios as empresas e para os próprios indivíduos de forma que as pessoas precisam manter-se com a motivação viva para a constante busca de auto realização.

PALAVRAS-CHAVE: Desmotivação. Principais causas. Consequências.

ABSTRACT: The present study aims to demonstrate the factors that influence the demotivation in the work environment, emphasizing the subjectivities of motivation within the organizational environment. Nowadays due to globalization the labour market becomes extremely competitive, so it ends up eliminating borders and giving rise to a single and global market, the challenge upon these changes is to manage to dominate the same, so that it is possible to minimize factors capable of demotivating employees. There is a general crisis in motivation where professionals from various areas end up being affected, and it becomes impossible to manage any human activity at the moment when their work has lost its meaning. Faced with this reality was sought to research the demotivation in an organizational environment through several readings in theories, research and studies on the subject. It was possible to identify that there is a world still unknown in the vast field of human demotivation, however, there is the conviction that the motivation for the physical and mental well-being of the collaborator is necessary, and without leaving aside the importance for the survival of Organizations, and that activities based on this topic can bring great benefits to companies and to individuals themselves so that people need to keep up with the living motivation for the constant search for self realization.

KEYWORDS: Motivation. Main causes. Consequences.

¹ Acadêmica do décimo período, 2018, do curso de Psicologia das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU, União da Vitória-Paraná, Brasil.

² Psicóloga, Coordenadora do curso de Psicologia das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu-UNIGUAÇU, União da Vitória-Paraná, Brasil.

³ Graduado em Direito. Mestre em Direitos Fundamentais e Democracia. Doutor em Ciências Jurídicas e Políticas. Professor nas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

1 INTRODUÇÃO

Segundo Bergamine (1997), antes da Revolução Industrial a principal maneira de motivar os trabalhadores era através de punições, tanto físicas como psicológicas. Após a Revolução Industrial começou-se uma grande preocupação com maior produção nas organizações, conseqüentemente veio a preocupação com a melhora nos procedimentos de trabalho. Nesta mesma época pós-revolução surgiram pensamentos e ideias de que estas atitudes poderiam desmotivar os funcionários. Descobre-se então que o indivíduo já carrega consigo o potencial da motivação, desta forma as empresas começam a trabalhar de forma diferente, cuidando para que não se perca essa sinergia para não se desmotivarem.

Ao observar pessoas trabalhando fica evidente os diferentes estilos e hábitos de trabalho. Algumas sempre colocam em dia seus afazeres e se preciso for até passam um pouco do horário normal de trabalho, para completarem suas tarefas. Outras já são menos pontuais, mostram uma forma diferente de agir, isto de acordo com a personalidade, cultura, costumes e motivação de cada indivíduo. "O desempenho de cada indivíduo está ligado as suas aptidões e habilidades, porém o bom desempenho está fortemente ligado em o colaborador não se apresentar em situação de desmotivação" (CHIAVENATO, 2002 p.172).

Para Bergamini (1997), a desmotivação pode ser expressa por sinais, posturas defensivas involuntárias, falta de atenção, atitudes displicentes, a falta de entusiasmo pelo trabalho, a voz monótona, vale prestar atenção também a sinais clássicos de agressividade. É preciso identificar o foco da desmotivação para eliminar os fatores que a provocam, tentar variar as tarefas pode ser uma alternativa, pois a rotina pode acabar afetando o desempenho do colaborador.

Este projeto tem como um de seus objetivos mostrar o quanto a desmotivação profissional vem sendo um grande obstáculo para que as organizações alcancem melhorias nos seus processos produtivos, buscando enfatizar as causas, os efeitos e as soluções deste "problema", mostrando que esta desmotivação pode ocorrer tanto da empresa para o funcionário, e vice-versa.

Bergamini (2006, p.69) afirma que:

As pessoas orientam a sua conduta motivacional na direção daqueles subjetivos que podem levar a um objetivo final fortemente desejado. Cabe ao intelecto ordenar a sequência de operações até que atinjam fins emocionalmente valorizados de maneira positiva pela sua desejabilidade. Não se pode esquecer de que, antes de ser racional, o homem é, por função da sua própria natureza, emocional.

A partir desta citação do autor pode-se compreender que quando um indivíduo ingressa em uma empresa é com o objetivo de ser recompensado por seus méritos. Somente com o reconhecimento ele será capaz de mostrar suas potencialidades no ambiente de trabalho.

O objetivo principal deste projeto é descobrir quais motivos levam os colaboradores a se desmotivarem no ambiente de trabalho. Sabe-se a partir de Chavienato (2002) que existem fatores intrínsecos e extrínsecos capazes de desmotivar o colaborador, porém não se sabe qual destes dois fenômenos pode ser o maior causador da desmotivação. Para isso, será necessário conhecer e compreender as teorias de motivação, assim como, conhecer teorias que descrevam as determinantes da desmotivação.

2 MÉTODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura de caráter qualitativa e explicativa. Segundo Marconi e Lakatos (1992), a pesquisa bibliográfica é o levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita. Seu principal objetivo é proporcionar maior familiaridade com o problema, buscando torná-lo explícito. Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa vai trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. A pesquisa explicativa preocupa-se em identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos (GIL, 1994).

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SIGNIFICADO DE MOTIVAÇÃO

A literatura apresenta diversas definições para a motivação. A palavra motivação tem origem na palavra latina *movere*, que significa mover. De acordo com Bergamini (1997), “essa origem da palavra encerra a noção de dinâmica ou de ação que é a principal tônica dessa função particular da vida psíquica”. A autora acredita que “O caráter motivacional do psiquismo humano abrange [...] os diferentes aspectos que são inerentes ao processo, por meio do qual o comportamento das pessoas pode ser ativado”.

Solomon (2002) acredita que a motivação tem relação com processos que determinam que as pessoas se comportem da forma como se comportam.

3.2 SIGNIFICADO DE DESMOTIVAÇÃO

Segundo o dicionário da infopédia da Língua Portuguesa (2003) o ato ou efeito de desmotivar ou desmotivar-se é um conjunto de fatores que impedem a realização de um ato ou uma tomada de atitude. Apresentando desinteresse, indiferença, estado de espírito em que não se vê motivo para agir ou tomar atitude, falta de espírito de iniciativa. A desmotivação é algo extremamente importante, dentro de uma organização este fenômeno pode ser responsável por diversos fatores negativos.

Chiavenatto (2002, pág. 171) evidencia que:

Todas as empresas possuem o interesse em funcionários capazes de não cair em desmotivação. Que na realidade esses indivíduos são muito procurados por empresas, mas essas são criaturas raras. As empresas querem funcionários motivados, mas nem sempre procuram entender o motivo da desmotivação.

Importante enfatizar que as diferenças individuais podem facilitar a desmotivação dentro das empresas, difícil existirem condições que sejam capazes de agradar a todos,

no entanto, se for possível descobrir a principal causa da desmotivação, este fator pode contribuir de maneira empírica para proporcionar tal informação a um público maior

3.3 TEORIA DE MASLOW

Abraham Maslow (1908-1970), foi um dos grandes teóricos da abordagem humanística. Essa abordagem “centra nas motivações positivas de nossas ações e desenvolvimento, especialmente o crescimento pessoal” (GRIGGS, 2009, p. 286). Maslow enfatizou as suas teorias na saúde psicológica e na realização do potencial completo (GRIGGS, 2009).

De acordo com Maslow, as pessoas possuem necessidades que motivam o comportamento para a realização do potencial completo (GRIGGS, 2009). Para ele essas necessidades se apresentam de maneira hierárquica, assim também é comum se falar em pirâmide de Maslow. As necessidades podem ser inferiores ou superiores. As inferiores se encontram na base da pirâmide e as superiores no topo. É importante ressaltar que as necessidades inferiores precisam ser realizadas primeiro para dar lugar as necessidades superiores (idem).

De acordo com Maslow, “As motivações são apenas uma classe de determinantes do comportamento. Ao mesmo tempo em que o comportamento é motivado, ele também é quase sempre determinado biologicamente, culturalmente e situacionalmente” (MASLOW, apud SAMPAIO, 2009, p. 8). Para Sampaio (2009, p. 8):

Vê-se, portanto, que a motivação em Maslow está claramente associada à existência de um propósito, uma finalidade, um objetivo; e que esse propósito incomoda (motiva) a pessoa até que seja atingido. Uma necessidade é, portanto, algo do mundo interno das pessoas cuja privação a mobiliza e cuja gratificação, mesmo que parcial, possibilita a emergência de uma nova necessidade.

A medida que as necessidades humanas são supridas, ou seja, começando pela base indo ao topo, elas abrem espaço para o surgimento de novas necessidades. Daí surge a ideia de hierarquia da preponderância das necessidades (MASLOW, apud SAMPAIO, 2009, p. 9). Essa hierarquia das necessidades não significa, necessariamente, que não possa existir motivação de outras necessidades ao mesmo

tempo. Pelo contrário, isso é possível, logo a importância para o fato da noção de preponderância deve ser levada em consideração nessa Teoria.

Segundo Sampaio (2009, p. 9), “Trata-se de uma teoria dinâmica, portanto as pessoas se encontrariam sob o jugo das influências de suas necessidades, que se alternam ao longo da vida”. Assim, aquilo que for mais importante para a pessoa dentro dessa hierarquia, será o que mais irá motivá-la para suprir tal necessidade.

Ainda dentro da Teoria de Maslow, entende-se que: “a motivação é o resultado dos estímulos que agem com força sobre os indivíduos, levando-os a ação. Para que haja ação ou reação é preciso que um estímulo seja implementado, e que seja decorrente de coisa externa ou proveniente do próprio organismo. Esta teoria nos dá ideia de um ciclo motivacional”. (Chiavenato, 1999, pág. 99)

3.3.1. PIRÂMIDE DE MASLOW

Através da teoria desenvolvida por Maslow (1954) das necessidades humanas, não seria apenas um fator capaz de influenciar na desmotivação humana, pois existe uma hierarquia das necessidades de todo ser humano. Essas, segundo o autor, seriam capazes de influenciar no comportamento humano e estão divididas em cinco categorias:

- Necessidades Fisiológicas (Reclamações referentes à vida, fome, sede, sofrimento, etc.)
- Necessidade de segurança (Medos no ambiente de trabalho, de ser demitido, segurança, etc.)
- Necessidades sociais (Amigos, namoro, boa relação com a família, etc.)
- Necessidades do ego ou da autoestima (Ter status, ser conhecido, atenção, importância perante a sociedade, etc.)
- Necessidades de realização pessoal (Aquilo que o indivíduo tem o potencial para realizar, desejos voltados a perfeição, etc)



Para Robbins(2002), a divisão da pirâmide nesses dois níveis é justificada pela diferença da natureza dos fatores de satisfação. As necessidades de nível baixo são satisfeitas a partir de fatores extrínsecos. Como exemplos de fatores extrínsecos nas organizações podem-se citar remuneração, valorização do colaborador; no geral, pode-se concluir que, quando as empresas pagam salários mais altos os seus empregados terão a maioria das suas necessidades básicas atendidas. Já as necessidades de nível alto, são satisfeitas a partir de fatores intrínsecos, que, de acordo com Bergamini (2008), refere-se à necessidade de auto realização, que representa a busca de individualização, ou seja, o objetivo que visa atender a mais alta inspiração do ser humano, em ele poder ser mesmo, podendo usufruir de toda a sua potencialidade com o seu modo de ser, sem perder sua própria individualidade. Desta forma o colaborador não perde sua própria identidade.

Bergamini (2006, p21) relata que:

Os administradores e supervisores passaram a procurar fazer com que os empregados sentissem a sua utilidade e importância pessoal no trabalho. A estratégia administrativa deveria promover o reconhecimento de valor de cada

pessoa, além de buscar, de forma muito especial, a satisfação das suas necessidades sociais.

Segundo o que o autor citou logo acima entende-se que o papel do administrador ganha mais um dever: o de deixar clara sua preocupação com os problemas e necessidades dos trabalhadores.

Para Chavienato (2002, pág. 183):

A desmotivação está contida dentro das próprias pessoas e pode sofrer influência, tanto por fatores externos como internos do ser humano. A desmotivação intrínseca seria aquela contida dentro de cada ser humano, são as próprias condições do indivíduo (inato). Por outro lado temos a motivação extrínseca que seria as condições oferecidas pelo ambiente onde o indivíduo encontra-se inserido.

A desmotivação profissional ocorre a partir do momento em que a vontade de trabalhar diminui ou até mesmo chega a ser nula, e os motivos que fazem com que os indivíduos fiquem assim chegam a ser diversos. A política, a cultura e o ambiente organizacional são grandes causadores desta desmotivação.

Segundo Zanelli (2014, pg. 174):

A desmotivação como processo psicológico básico pode ser definida como uma ação dirigida a objetivos, sendo autorregulada, biológica ou cognitivamente, persistente no tempo e ativada por um conjunto de necessidades, emoções, valores, metas e expectativas. Desta forma entende-se que o processo da desmotivacional não é apenas algo inato, mas pode sofrer influência por fatores encontrados em seu ambiente também.

Em um estudo desenvolvido por Zanelli (2014) tem por objetivo central a indagação do que é capaz de desencadear a ativação, que pode estar localizado extrínseca ou intrinsecamente a pessoa. O autor cita como exemplo o que estaria motivando uma pessoa a ficar no trabalho além do horário formal? Entre inúmeras razões, duas podem se apresentar (fig.4.2): a primeira é a expectativa de obter avaliação positiva do chefe, com chances de resultar em uma futura promoção (fator extrínseco), e a segunda é a vontade de concluir a tarefa, característica dessa pessoa que não gosta de deixar nada para fazer no dia seguinte (fator intrínseco).

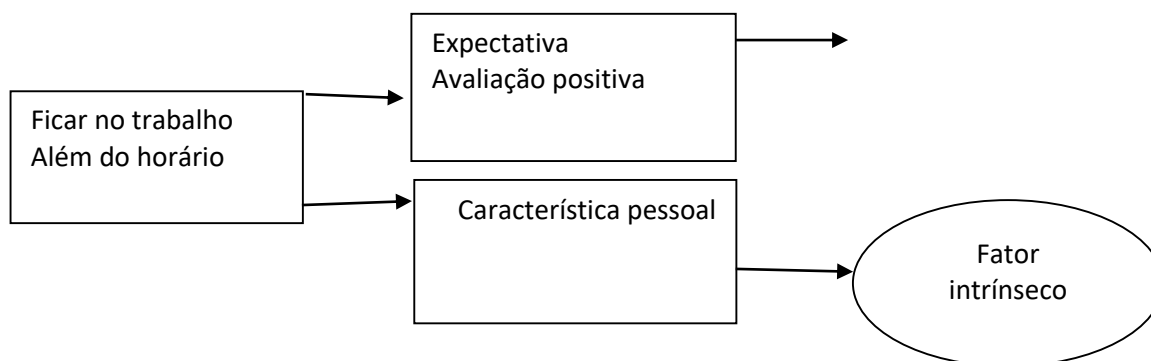


Figura 4.2 Ativação da Conduta. Zanelli (2014, p.175)

3.4 TEORIA DOS DOIS FATORES DE HERZBERG

Robbins (2002) nos traz a proposição de Frederick Herzberg, ele elaborou a teoria dos Dois Fatores, o autor acreditava que desta maneira seria possível explicar o comportamento dos funcionários em meio ao ambiente de trabalho. Para Herzberg existem dois fatores que orientam o comportamento dos indivíduos: fatores higiênicos e motivacionais. Para ele, ao estudar motivação sua maior ênfase foi no comportamento do homem dentro das organizações e enfatiza que o entendimento das necessidades humanas exige um estudo mais aprofundado do ambiente.

Fatores higiênicos ou os chamados fatores de manutenção ou extrínsecos se localizam no próprio ambiente que rodeia as pessoas acabam abrangendo as condições dentro das quais desempenham seu trabalho. Principais fatores higiênicos ou extrínsecos: salário, os benefícios sociais, o tipo do líder ou supervisor que as pessoas recebem, as condições físicas e ambientais de trabalho, as políticas e diretrizes da empresa, os regulamentos internos, o clima organizacional. Essas condições dos fatores higiênicos são administradas pela empresa, então estão fora do controle das pessoas. Segundo Herzberg, apenas os fatores higiênicos eram considerados capazes de motivar os funcionários, o trabalho era visto como uma atividade totalmente desagradável, e para fazer com que estas pessoas trabalhassem mais, era necessário o apelo para prêmios e incentivos salariais, liderança democrática, políticas empresariais

abertas e estimuladores, afim de incentivar os funcionários a trabalharem em função de recompensas (motivação positiva) ou punições (motivação negativa) (ROBBINS, 2002).

Os fatores higiênicos possuem como principal objetivo evitar a insatisfação dos trabalhadores. Porém, tem dificuldade de elevar consistentemente a satisfação e, quando o elevam, não conseguem sustentá-lo elevado por um longo tempo. Por outro lado, quando são precários ou péssimos, os fatores higiênicos têm como resultado a insatisfação das pessoas. O nome dado de fatores higiênicos é com o objetivo de enfatizar que são considerados profiláticos e preventivos, similares a remédios higiênicos, desta forma vai evitar a insatisfação dos funcionários, mas não provocam a satisfação. Da mesma forma que os remédios evitam a infecção, mas não provocam a saúde.

Para Bergamini (2008), não é suficiente apenas oferecer fatores de higiene para obter a motivação. Atendidos os fatores periféricos está garantindo apenas o bem-estar físico dos funcionários. E é necessário ir, além disso, e oferecer as pessoas oportunidades que garantam sua chegada aos objetivos de satisfação interiores, responsáveis pela verdadeira motivação.

Herzberg chama os fatores motivacionais de fatores intrínsecos que estão relacionados com o conteúdo do cargo e com a natureza das tarefas que o indivíduo exerce. Desta forma, os fatores motivacionais estão sob controle da pessoa, isto porque estão relacionados com aquilo que ela mesma faz e desempenha. O sentimento de crescimento individual, reconhecimento profissional e as necessidades de auto realização fazem parte desses fatores intrínsecos. Percebe-se em pratica que os cargos são ordenados de acordo com os princípios de economia e de eficiência, acabando por deixar de lado os aspectos de desafio e de oportunidade para a criatividade individual. Com isso, acaba se perdendo o significado psicológico para a pessoa que executa a tarefa, as quais acabam se mostrando em desmotivação, pois algumas empresas apenas oferecem o ambiente higiênico próprio para o trabalho.

Herzberg enfatiza que quando os fatores motivacionais são ótimos, eles elevam a satisfação dos colaboradores no trabalho. Por outro lado, quando precários, evitam a ocorrência da satisfação. A satisfação profissional está voltada para conteúdo e atividade do cargo, se há desafio e estímulos para o desempenho. Já, a insatisfação

acaba ocorrendo devido ao ambiente de trabalho, ao salário, aos benefícios, ao contexto geral que envolve o trabalho desenvolvido pelo trabalhador (ROBBINS, 2002).

3.4.1 FATORES PSICOSSOCIAIS CAPAZES DE GERAR DESMOTIVAÇÃO NO AMBIENTE DE TRABALHO

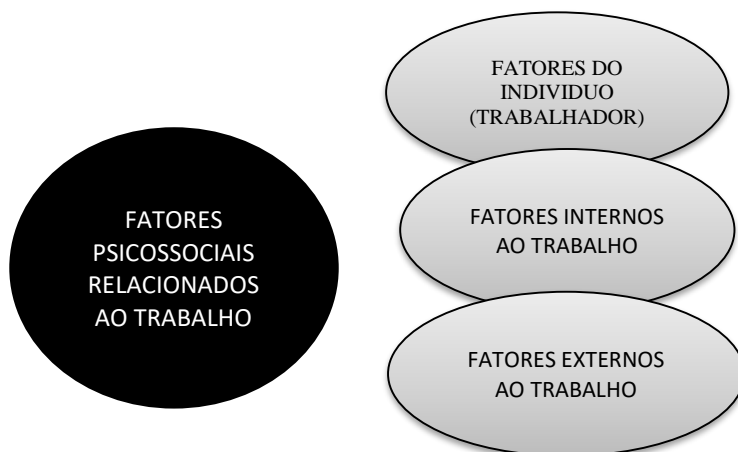
Segundo Aguiar Coelho (2009), o risco psicossocial corresponde à probabilidade de se atingir o potencial dano ou exposição a esse dano, sendo que é dependente das características individuais e das estratégias de afrontamento individuais e da organização. O dano psicossocial é entendido como o dano provocado por um fator de risco psicossocial com consequências para a saúde psicológica ou fisiológica do trabalhador.

Entre as definições de fatores psicossociais relacionados ao trabalho Zanelli em seu livro nos traz a da Organização Internacional do Trabalho: “refere-se as interações entre e no ambiente de trabalho, ao conteúdo do trabalho, as condições organizacionais e as capacidades, necessidades, cultura, condições pessoais externas ao trabalho, que podem, por meio das percepções e experiências, influenciar a saúde, o desempenho e a satisfação dos trabalhadores” (INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 1986 apud ZANELLI, 2018, p. 35).

Segundo Zanelli (2018) atende-se para o termo “interações”. Seu significado refere-se a um conjunto de relações de cunho psicológico (capacidades, necessidades, percepções e experiências) e social (ambiente de trabalho, condições organizacionais, cultura, condições pessoais externas ao trabalho). Atende-se, também para o termo “interações”. O colaborador precisa ser visto diante das análises que o autor nos traz, de forma que a função que o mesmo exerça tenha relação com suas necessidades, respeitando suas percepções e experiências. Também se faz importante um conhecimento se o ambiente daquele trabalho e as condições oferecidas vão de encontro com o que o indivíduo (trabalhador) almeja, caso contrário pode ocorrer a desmotivação deste colaborador.

A categorização segundo o autor dos conjuntos de fatores psicossociais relacionados ao trabalho agrupa três âmbitos de condições: fatores inerentes ao

trabalhador, fatores internos e externos ao trabalho (como mostra na imagem 1b) que por sua vez podem acabar influenciando na motivação dos funcionários.



Fonte: **Fatores psicossociais relacionados ao trabalho** (ZANELLI, 2018, pág. 37).

A falta de controle sobre as atividades cotidianas do ambiente de trabalho, a insatisfação e monotonia, altos níveis de pressão e a sobrecarga de trabalho também são indutores de risco psicossocial. Esta sobrecarga de trabalho não deve, necessariamente, ter a conotação de peso e dificuldade, mas sim, do processo de trabalho. Portanto, pode-se considerar que a sobrecarga de trabalho resulta de uma série de variáveis que dependem de cada indivíduo e das condições em que a tarefa é realizada (Camelo & Angerami, 2008).

Os fatores de risco psicossocial traduzem um desequilíbrio individual e organizacional da equipe como um todo, cuja permanência, associada à ausência de estratégias para controlar e prevenir poderá colocar em risco a saúde dos trabalhadores, tanto a saúde mental como física destes colaboradores. Com este desequilíbrio individual ou coletivo pode ter como consequência uma organização com colaboradores desmotivados, onde apenas comprem a jornada de trabalho pelo salário ao fim do mês.

Outro fato a ser levado em consideração é a realidade enfrentado pelos trabalhadores de não ter tempo para a família ou para realizar tarefas importantes na sua vida pessoal, isso pode aumentar o stress e irritação emocional. O trabalhador com longos dias de trabalho e que tem mais do que um emprego, tem dificuldade em estar

presente e ativo na sua vida familiar, este fator constitui um grave risco psicossocial no trabalho (Camelo & Angerami, 2008).

3.4.2 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

A preocupação com a qualidade de vida no trabalho constitui uma realidade empresarial, onde as empresas passaram a perceber a importância de seus funcionários. Um clima organizacional favorável aliado à qualidade de vida no trabalho permite, além de maior produtividade e qualidade, a satisfação dos colaboradores, gerando um ambiente favorável para o bem-estar psicológico do funcionário, onde o mesmo tenha a possibilidade de ser visto como um ser humano que auxilia para o crescimento da organização onde trabalha. A motivação do colaborador pode ser decisiva para os resultados da empresa, porém, não são apenas os resultados financeiros das empresas que estão em jogo, mas sim a saúde em geral do colaborador. A Qualidade de Vida no Trabalho visa proporcionar um ambiente favorável ao bem-estar de todos, na tentativa de humanizar as relações e o trabalho nas organizações, conduzindo a melhorias na execução das tarefas e o consequente aumento do nível de satisfação do colaborador na instituição onde trabalha, como visto pela pesquisadora na organização onde atuou.

Chiavenato (2004, p.348) evidencia que, para que isso ocorra, é imprescindível a existência de qualidade de vida, definida pelo autor como "criar, manter e melhorar o ambiente de trabalho, seja em suas condições físicas – higiene e segurança –, seja em suas condições psicológicas e sociais". Desta forma entende-se que a organização o líder precisa estar atendo ao que é demandado pelos colaboradores, para suprir as necessidades que estão resultando na desmotivação do mesmo, e consequentemente prejudicando a qualidade de vida do trabalhador.

Segundo Chiavenato (2004, p. 367), a qualidade de vida no trabalho abrange, dentro outros pontos:

A satisfação com o trabalho executado, possibilidade de futuro na organização, reconhecimento pelos resultados alcançados, o salário percebido, benefícios auferidos, relacionamento humano dentro do grupo e da organização, ambiente psicológico e físico de trabalho, liberdade de decidir, possibilidade de participar e coisas assim.

O autor salienta ainda que a Qualidade de vida no Trabalho envolve tanto os aspectos intrínsecos do cargo, como os aspectos extrínsecos e contextuais, afetando atitudes pessoais e comportamentos importantes para a produtividade, como: motivação/desmotivação para o trabalho, adaptabilidade e flexibilidade para as mudanças no ambiente, criatividade e um ambiente propício à inovação.

Mezomo (2001) afirma que:

A qualidade das pessoas é que faz a qualidade dos serviços da organização, e garanti-la é criar bases para a sua sobrevivência. É preciso 'fortalecer' as pessoas pelo treinamento e motivá-las pelo desenvolvimento do seu potencial e pela criação de elevados *standards* (padrões) de desempenho.

Podemos a partir desta afirmação do autor entender que a qualidade de vida dentro e fora do trabalho é fator preponderante para a qualidade de um serviço, e que esta, ao lado da qualidade pessoal, é necessária para a satisfação dos colaboradores de uma organização.

Segundo Bertelli (2004), atuar com qualidade de vida resulta num trabalho realizado com satisfação, não somente em atingir os resultados desejados pela organização, mas em desenvolver habilidades e talentos na solução de problemas, tanto na organização como na vida fora da mesma. Entende-se que o autor afirma que um funcionário com qualidade de vida e que encontra-se em motivação em seu trabalho, irá adquirir maior facilidade para manejar os conflitos e dificuldades possíveis em seu cotidiano.

Segundo Chiavenato (2008):

O desempenho no cargo e o clima organizacional representam fatores importantes na determinação da QVT. Se a qualidade for pobre, conduzirá à alienação do empregado e à insatisfação, à má vontade, ao declínio da produtividade, a comportamentos contraproducentes. Se a qualidade for boa, conduzirá a um clima de confiança e respeito mútuo, no qual o indivíduo tenderá a aumentar suas contribuições e a elevar suas oportunidades de êxito psicológico e administração tenderá a reduzir mecanismos rígidos de controle social.

Um clima organizacional favorável ao desempenho das suas atividades faz com que os colaboradores sintam-se motivados a comprometer-se cada vez mais com a organização e com suas atividades, o que só vem a favorecer a mesma no alcance de ambos em seus objetivos.

Rodrigues (1994, p.150) relata que, “Qualidade de vida no trabalho tem como base para sua mensuração a motivação e a satisfação em diferentes níveis. ”. Com isso entende-se que existe a relação entre os aspectos que compõem a QVT e motivação dos colaboradores, dando espaço para empresas alcançarem o sucesso e os colaboradores o bem-estar no ambiente de trabalho.

2.4.3 IMPORTÂNCIA DO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL NA MOTIVAÇÃO

No contexto organizacional, estas relações interpessoais podem ser vistas permeadas de problemas, principalmente por causa das dificuldades em lidar com diferenças individuais.

Chiavenato (1992) aborda que o indivíduo pode se relacionar em seu ambiente de trabalho, conforme seus objetivos individuais e organizacionais, levando em consideração que as formas de pensar, sentir e atitudes do homem, são influenciáveis pela organização a autora Kanaane (1995, p.58), complementa que: “a compreensão da conduta humana possibilita conceber atitude como resultante de valores, crenças, sentimentos, pensamentos, cognições e tendências à reação, referentes à determinado objeto, pessoa ou situação”. Desta forma, o indivíduo ao assumir uma atitude, vê-se diante de um conjunto de valores que tendem a influenciá-lo, modificando assim alguns de seus pensamentos em prol da organização onde atua.

Segundo Dejours (1992, p.133):

A organização do trabalho exerce, sobre o homem, uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos, e uma organização do trabalho que os ignora. Esse sofrimento, de natureza mental, começa quando o homem, no trabalho, já não pode fazer nenhuma modificação na sua tarefa no sentido de torná-la mais conforme as suas necessidades fisiológicas e a seus desejos psicológicos, isto é, quando a relação homem-trabalho é bloqueada.

A partir desta citação do autor é possível destacar a importância da motivação dentro da organização. Sendo que a relação homem-trabalho não pode sofrer bloqueio, o profissional para seu bem-estar psíquico precisa dentro de uma organização que suas esperanças e desejos sejam alcançados e não destruídos. Em experiência a

pesquisadora identificou o sentimento de esperança nos colaboradores da empresa onde atuou, porém existia a esperança de uma oportunidade melhor, mas não a busca por conhecimentos para culminar com seus planos.

Segundo Dejours (1992) O trabalho repetitivo cria a insatisfação, cujas consequências não se limitam a um desgosto particular. Ela é de certa forma, uma porta de entrada para a doença, e uma encruzilhada que se abre para as descompensações mentais ou doenças somáticas, em virtude de regras que foram, em grande parte, elucidadas. As tarefas perigosas, executadas na maioria das vezes em grupo, dão origem ao medo específico.

O processo de interação humana é complexo e ocorre permanentemente entre pessoas, sob forma de comportamentos manifestos e não manifestos, verbais e não verbais, pensamentos, sentimentos, reações mentais e/ou físico-corporais. A comunicação como forma comum na interação humana, mesmo que seja verbal ou não verbal, é importante no processo de interação, na busca do entendimento, de entender e ser entendido requer esforços, conhecimentos, convivência com o outro, mas a percepção, o autoconhecimento e a auto percepção nos facilitam auxiliar no conhecimento, no convívio com o outro e compreender outro com suas diferenças individuais, assim possibilitando que uma equipe de trabalho possua empatia durante o cotidiano, sendo que maior parte do tempo encontram-se em seus locais de trabalho (MOSCOVICI, 2003).

As relações interpessoais ocorrem em decorrência do processo de interação. Em local de trabalho há atividades predeterminadas a serem executadas, logo interações e sentimentos recomendados, como: comunicação, cooperação, respeito e amizade. A partir do desenvolvimento dessas atividades e interações, os sentimentos podem ser despertados de diversas maneiras. Sendo importante destacar que o ciclo atividades-interações-sentimentos, não se relaciona diretamente com a competência técnica de cada pessoa, ou seja, profissionais competentes individualmente podem render muito pouco em relação a atividades grupais da situação de trabalho desta forma podem se encontrar em desmotivação dentro do local de trabalho, sendo que mudando o funcionário de setor o “problema” seria resolvido a priori. Outra forma de solucionar seria

com um treinamento onde o colaborador fosse capaz de desenvolver melhor o conceito sobre a importância do trabalho em equipe (MOSCOVICI, 2003).

Segundo Moscovici (2003, pg.36):

Competência interpessoal é a habilidade de lidar eficazmente com relações interpessoais, de lidar com outras pessoas de forma adequada às necessidades de uma e às exigências da situação... é a habilidade de lidar eficazmente de acordo com três critérios: percepção acurada da situação interpessoal de suas variáveis relevantes e respectiva inter-relação; habilidade de resolver realmente os problemas interpessoais, de tal modo que não haja regressões; solução alcançada de tal forma que as pessoas envolvidas continuem juntas tão eficientemente, pelo menos, como quando começaram a resolver seus problemas.

Uma equipe de trabalho para encontrarem-se em motivação precisam estar satisfeitos com a função desempenhada na organização, porém tomando partida da citação que a autora realizou percebe-se a importância de pessoas que possuam a habilidade de lidar com outras pessoas. Solucionar problemas em grupo é algo de sua importância dentro de uma organização onde existe uma equipe de trabalho, por este motivo saber trabalhar em equipe torna-se um quesito de extrema importância para a motivação dos colaboradores.

Alguns componentes da competência interpessoal são importantes para uma equipe não entrar em desmotivação, estes são: a percepção que está relacionada ao autoconhecimento, a habilidade propriamente dita e o relacionamento em si que compreende a dimensão emocional-afetiva. Portanto a competência interpessoal é resultado da percepção realística das situações e de habilidades específicas comportamentais que conduzem a consequências significativas no relacionamento para as pessoas envolvidas (MOSCOVICI, 2003).

Importante cultivar a virtude dentro do ambiente de trabalho de compreender o próximo, ser capaz de se colocar na situação do colega e sem julgamentos. O real significado de empatia está em compreender os outros, apesar de não se concordar, muitas vezes, com o comportamento destes.

3.4.4 LIDERANÇA COMO POSSÍVEL FATOR DESENCADEADOR DA DESMOTIVAÇÃO

Liderança e motivação constituem-se de ações para conduzir pessoas em busca de benefícios para o próprio indivíduo e para o grupo no qual esse membro está inserido para trabalhar. Funcionários desmotivados e sem qualidade de vida no trabalho podem se tornar um problema para a organização.

Chiavenato (1994, p. 147) entende que:

A liderança é um fenômeno tipicamente social que ocorre exclusivamente em grupos sociais. Podemos defini-la como uma influência interpessoal exercida numa dada situação e dirigida através do processo de comunicação humana para a consecução de um ou mais objetivos específicos. "[...] a liderança é um tipo de influência entre pessoas: [...] na qual uma pessoa age no sentido de provocar o comportamento de uma outra, de maneira intencional.

Os fatores externos influenciam na ocorrência da desmotivação, um destes é a liderança. Desta forma como visto em prática pela pesquisadora este fator possui uma relevância significativa no fator da desmotivação, o líder tem um papel primordial no bem-estar da equipe. Existem pessoas que precisam ser acreditadas, valorizadas, para que, acreditando em si mesmas, se motivem a alcançar as vitórias que tanto almejam, para que isto ocorra o líder vai impulsionar sua equipe em busca do que tanto almejam, mostrando através de resultados que é possível alcançar a vitória tão desejada.

Segundo Bernardinho (2006, p.114 e 115):

Ser líder é dar o exemplo para que outros saibam como se faz e se esforcem para repetir a tarefa no mesmo nível ou ainda melhor. Essa é a única liderança que se sustenta com o tempo. Nada do que você diz influencia mais as pessoas do que aquilo que você faz. Liderar é inspirar e influenciar pessoas a fazerem a coisa certa, de preferência entusiasticamente e visando ao objetivo comum. Afinal, uma equipe precisa de líderes no dia a dia que todos olhem como referência. São aqueles que ajudam o treinador, ou gestor, a conduzir seu time (ou projeto) pela estrada do planejamento até alcançar a meta almejada.

A partir da citação pode-se entender que o líder de equipe pratica atitudes construtivas juntamente da equipe, impulsionando os mesmos para atingirem seus objetivos. O líder vai apoiar a equipe, escutar, entender, buscar soluções, lutar pelos direitos dos mesmos, buscam e dão feedback e transferem poder.

Segundo Chiavenatto (1993, pág. 177) temos três tipos de liderança, onde destacam-se: a autocrática, a democrática, a liberal:

Autocrática em que o líder exerce um nível elevado de poder sobre os subordinados. Ela é centrada no líder, onde ele se julga indispensável. É comum por este tipo de líder ter reações coléricas, de irritação, de incompreensão com erros alheios.

Já na democrática, ainda é ele que toma a decisão final, mas os subordinados são incentivados a contribuir. Neste estilo de liderança, todo o grupo pode e deve contribuir com sugestões. Cabe ao líder dirigir estas opiniões para que atinjam os objetivos esperados. A grande dificuldade deste tipo de líder aparece nos tempos de crise: a demora na tomada de decisões.

Na liberal, também conhecida como laissez-faire, que significa “deixa andar”, o líder deixa os colegas prosseguirem com o que fazem, funciona em equipes maduras, com indivíduos proativos e comprometidos. Nesse tipo de liderança, parte-se do princípio de que o grupo atingiu a maturidade e não necessita de supervisão de seu líder. Este tipo de líder não dá ordens, não traça metas, não orienta os liderados, apenas deixa correr. É exercida por líderes que precisam se ausentar com frequência. O grande problema deste tipo de líder é que alguns liderados não aceitam este tipo de atitude de deixar a coisa andar.

Para Hunter, em O Monge e o Executivo, um líder é alguém que identifica e satisfaz as necessidades legítimas de seus liderados e, para tanto, é necessário saber o significado e o sentido do verbo servir. Pois para liderar é preciso servir, com limites, responsabilidades e estímulos para se tornarem melhores, percebendo as diferenças entre necessidades e vontade e com uma forte dosagem de flexibilidade.

“Ouvir é uma das habilidades mais importantes que um líder pode escolher para desenvolver... A autoridade não pode ser comprada nem vendida, nem dada ou tomada. A autoridade diz respeito a quem você é como pessoa, a seu caráter e à influência que estabelece sobre as pessoas”. (Hunter, pág. 26 e 31)

Importante enfatizar a diferença entre liderança e gerencia. O líder não precisa ser necessariamente o chefe, mas sim um alguém com quem a equipe possa contar, aquele funcionário que impulsiona seus colegas, são habilidades que faz com que o grupo busque a realização de seus objetivos.

CHEFE	LÍDER
Ordena	Solicita
Impõe seu ponto de vista.	Está aberto as sugestões
Controla as atividades	Confia ao delegar funções
É paternalista (protege uns e persegue outros)	Presta atenção em cada um de seus subordinados (sabe explorar as habilidades)
É autoritário	É democrático
Cria um clima negativo de insegurança e ameaça	Conquista positiva de credibilidade através da admiração e do respeito mútuos
Tem dificuldades para se expressar	Comunica-se bem

Quadro 1: Diferenças entre os Termos Chefe e Líder

Fonte: IANNINI, **Pedro Paulo. Chefia e liderança: capacitação gerencial.** Viçosa: Aprenda Fácil, 2000, p.24.

3.4.5 IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO DENTRO DAS ORGANIZAÇÕES

Segundo Venuso (2001), humanizar é atender com atenção a todos por meio da palavra, do gesto e do olhar, é tratar as pessoas com dignidade e respeito, valorizando o ser humano em todos os aspectos subjetivos e sociais. É o ato de atender de maneira cordial e acolher todas as pessoas, sem nenhuma distinção. A humanização dentro das empresas implica em acolher o indivíduo, ser cordial, demonstrar interesse pelo outro, saber ouvir, dar uma resposta clara e precisa, orientar. No processo da motivação dos indivíduos quando estes são tratados de maneira humana trazem como resposta um bom desempenho no trabalho e maior satisfação dentro da mesma. A pesquisadora observou em atividade que existe uma escassez em princípios de humanização, tendo como consequência problemas psíquicos.

Dejours (1998) afirma que as relações de trabalho, dentro das organizações, frequentemente, despojam o trabalhador de sua subjetividade, excluindo o sujeito e

fazendo do homem uma vítima do seu trabalho. Desta forma o sujeito perde sua própria identidade, se sujeitando a realizar tudo que é proposto pela organização onde atua, mesmo sentindo que a atividade a ser exercida não condiz com o proposto inicialmente pela empresa. Porém, sabe-se que para se manter dentro de um trabalho é necessário seguir as ordens até mesmo sem questioná-las, pois, assim como uma máquina você pode ser substituído. Por tanto, o funcionário acaba caindo em profunda desmotivação, pois uma empresa que não é humanizada não irá respeitar os limites do sujeito.

Quando o autor fala da ambivalência bem-estar e “loucura” quer dizer que o sofrimento no trabalho pode ser entendido “[...] como o espaço de luta que ocorre o campo situado entre, de um lado, o bem-estar, e, de outro, a doença mental ou a loucura” (DEJOURS, 1993, p. 153).

O bem-estar no processo da humanização está relacionado à ideia de um ambiente gratificante e, assim, quando o mesmo é realizado em tal ambiência, leva os trabalhadores a gostarem do produto realizado. Já, a ideia de sofrimento está relacionada à subjugação do trabalho e, quando isso ocorre, se imprime raiva ao produto. Percebe-se, assim, que o trabalho está conformado pelo afeto. Este afeto citado pelo autor tem relação ao “amor” e “ódio” na atividade desenvolvida dentro da empresa, porém, com um ambiente humanizado os colaboradores estarão possivelmente em motivação, desta forma a ideologia de sofrimento no trabalho não vai estar presente. É importante que o processo de humanização desenvolva uma afetividade do trabalhador com o trabalho desempenhado.

Kernberg, O F, enfatiza a importância da manutenção da identidade na declaração. Entende-se que desta forma a empresa se mostrará mais humana, não permitindo a perda da própria identidade de seus colaboradores, e assim gerando maior motivação dentro do ambiente de trabalho. “A empresa precisa possuir um tipo de ideologia que respeite as diferenças individuais e a complexidade das relações humanas” (apud BERGAMINI, 2008, p. 201). Segundo Bergamini:

Essa é a condição que permite deixar espaço para uma atitude mais madura, caso contrário, terá pessoas pouco amadurecidas, portanto, comportamentalmente improdutivas. [...] Mais que tudo, o autoconhecimento é importante na vida de cada um [...] naturalmente, as condições características do ambiente das organizações não parecem muito favoráveis à ânsia de conhecimento e reafirmação da identidade de seus empregados (BERGAMINI, 2008, p. 203)

Importante a organização conhecer e valorizar os dons de cada pessoa, torna-as mais criativas, competitivas e eficazes. As empresas que tem lutado contra o senso de alienação, isolamento e desconfiança, inspiram em contrapartida o senso de autoconfiança, satisfação de seus colaboradores, gerando também segurança dos mesmos acerca da permanencia no trabalho, elevando a motivação do mesmo.

3.4.6 POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DA DESMOTIVAÇÃO

Segundo Chiavenato (1989):

A organização caracteriza-se pelo incessante fluxo de recursos que precisa para desenvolver suas operações e obter resultados. Um dos problemas que atualmente vêm preocupando os executivos da área de recursos humanos das organizações é exatamente a intensificação das saídas ou perdas de recursos humanos, provocando a necessidade de compensá-las através da intensificação das entradas (p.34).

A partir desta citação do autor podemos ter a rotatividade de funcionários como um possível resultado da falta de motivação dentro de uma organização, resultando no grande fluxo de contratações e demissões (*turnover*). A pesquisadora ao ser convidada para realizar a pesquisa sobre a principal causa da desmotivação de uma determinada organização recebeu a queixa da rotatividade que caracterizava no ponto de vista do gestor a insatisfação dos colaboradores.

A rotatividade de funcionários dentro de uma organização pelos seus inúmeros e complexos aspectos negativos quando acelerada, torna-se um fator de perturbação. Principalmente quando forçada pela empresa no sentido de obtenção de falsas vantagens em curto prazo, o certo é que a médio e longo prazo a rotatividade pode provocar enormes prejuízos (Chiavenato, 2002). Ainda para o autor em seu ponto de vista ocorrer um pequeno volume de entradas e saídas é saudável, pois este fenômeno pode ser causado por vários fatores, que podem ser internos ou externos á organização. Como fatores internos tem-se a possibilidade de uma contratação inadequada, por exemplo, a busca de salários melhores pelo funcionário pode causar a migração de uma organização para outra, a cultura da empresa pode ser muito diferente da realidade do funcionário entre tantas outras causas. Como fatores externos temos o mercado de trabalho e o nível de emprego e desemprego. Assim, o *turnover* pode ter efeitos positivos

e/ou negativos, para a organização, para o funcionário e para os indivíduos que permanecerem na organização.

3.4.7 POSSÍVEIS COMPORTAMENTOS DE FUNCIONÁRIOS DESMOTIVADOS

Possivelmente dentro de uma organização onde predomina a desmotivação existiram consequências desta característica da equipe.

Para Chiavenato:

O absenteísmo, também denominado ausentismo, é uma expressão utilizada para designar as faltas, ou ausências dos empregados ao trabalho. Em sentido mais amplo, é a soma dos períodos em que os empregados da organização se encontram ausentes do trabalho, seja por falta, seja por atraso, devido a algum motivo interveniente (2000, p. 190).

Partindo desta citação do autor pode-se entender que uma das primeiras consequências da falta de motivação é as tão conhecidas “faltas” no trabalho, em virtude deste comportamento a empresa começa a ter perdas e o funcionário também.

As empresas almejam por funcionários que desenvolvam atividades a mais para com a empresa, que apresentem um bom desempenho que ultrapasse as expectativas do gestor. Porém se este estiver em desmotivação dificilmente isto ocorrerá.

Afirma Chiavenato(2000, p. 76) que “As pessoas não são consideradas simples recursos empresariais, mas seres humanos com capacidade, características individuais [...] aptidões diferenciadas de conhecimento e habilidades específicas”. As organizações que investirem na motivação de seus colaboradores estão muito mais propícias a alcançarem os seus resultados e conseqüentemente satisfazer o público alvo. Cipriani (1998, p.12) afirma que: “[...] Empresas que tem esse tipo de preocupação podem desfrutar de vantagens oferecidas pela QVT, com o retorno do capital investido, ao tentarem proporcionar o melhor ambiente de trabalho”.

Segundo Maximiano (2000, p. 350), “a noção de que as necessidades humanas estão organizadas numa espécie de ordem ou hierarquia desempenha um papel importante no estudo do comportamento humano nas organizações”. Desta forma, com essa citação podemos levar em consideração se a hierarquia das necessidades humanas como estudado anteriormente se existe uma satisfação por parte dos colaboradores. Se existe uma falha na parte das necessidades básicas por exemplo se

o funcionário esta indo trabalhar com fome, será que vai apresentar-se em motivação? Possivelmente não. Maximiano ainda afirma que: “ o ambiente de trabalho produz satisfação com o próprio ambiente”(2000, p. 359), entende-se que são os benefícios sociais, salários, tipos e chefia ou supervisão, condições físicas e ambientais de trabalho, políticas e diretrizes da empresa, o clima de relacionamento entre a empresa e funcionários, regulamentos internos, etc.

3.6 POSSÍVEIS FATORES GERAIS CAPAZES DE CAUSAR DESMOTIVAÇÃO DENTRO DE UMA ORGANIZAÇÃO

Dentro de uma organização existem fatores considerados primordiais para uma empresa atingir o sucesso, conseqüentemente o colaborador precisa alcançar o mesmo. Dentro deste projeto foram citados alguns dos principais alicerces para uma organização ser bem estruturada a ponto de possuir colaboradores em motivação.

Um funcionário que exerce sua atividade dentro de uma organização que prioriza a qualidade de vida do colaborador pode apresentar resultados significativos dentro da mesma. As necessidades humanas colocadas por Maslow precisam ser respeitadas e alcançadas pelos colaboradores, necessidades de nível baixo são satisfeitas a partir de fatores extrínsecos. Como exemplos de fatores extrínsecos nas organizações podem-se citar remuneração, valorização do colaborador; no geral, pode-se concluir que, quando as empresas pagam salários mais altos os seus empregados terão a maioria das suas necessidades básicas atendidas. Como citado anteriormente as necessidades impostas por Maslow dificilmente irão apresentar total realização na vida de um indivíduo, algum item sempre estará em falta.

A liderança é um fator determinante na motivação dos colaboradores, pois é o líder que vai estar “motivando” os mesmos. Importante novamente enfatizar a diferença entre líder e gestor, pois nem sempre o gestor é líder. O líder é um alguém com quem a equipe possa contar, aquele funcionário que impulsiona seus colegas, são habilidades que faz com que o grupo busque a realização de seus objetivos.

Importante o líder juntamente com o gestor estarem atentos às manifestações de possível desmotivação dos colaboradores, para que ao perceberem ser possível realizar uma intervenção com o colaborador, preveniam assim uma “contaminação” da equipe.

As pessoas começam a ser vistas de maneira menos hostil e tratadas com oportunidades de crescimento, Chiavenato descreve:

As pessoas passam a significar o diferencial competitivo que mantem e promove o sucesso organizacional: elas passam a ser a competência básica da organização, a sua principal vantagem competitivas em um mundo globalizado, instável, mutável e fortemente competitivo. (CHIAVENATO, 2014 p.5).

A partir desta citação do autor evidencia-se que para que uma organização possua um diferencial entre tantas na concorrência é importante que existam funcionários com atitudes diferenciadas, uma equipe em motivação considera-se que já possui em parte este diferencial. Ainda para Chiavenato:

A maneira como as organizações denominam as pessoas que nelas trabalham tem um significado importante: essa denominação sinaliza claramente qual é o papel e o valor que elas atribuem as pessoas. (CHIAVENATO, 2014 p.6).

Desta forma o sucesso da empresa esta amplamente ligado nos colaboradores que nela atuam, sendo que se estes são respeitados e reconhecidos os resultados segundo o autor podem ser glorificantes, tanto para o gestor como para os colaboradores e a empresa consequentemente.

4 CONCLUSÃO

Como foi identificado, muitas pesquisas sobre o tema pesquisado foram realizadas, de forma que foi grado muitas controvérsias diante do amplo e complexo território do comportamento humano, são teorias que mesmo de ponto de vista diferente acabam se completando devido ao comportamento humano ser abrangente. Neste turbilhão de informações algo é certo e claro em se afirmar: o individuo que não apresenta-se em desmotivação produz mais e melhor, desta forma entende-se que a motivação interfere nos resultados adquiridos pela empresa.

Pode-se concluir que nada foi provado, pois continua a polemica sobre o que de fato impulsiona os indivíduos e como essa força mantém a chama da motivação acesa afim de conquistar a completa realização dos objetivos organizacionais.

Não existem fórmulas prontas capazes de combater a desmotivação, isso não é algo simples ou fácil e sim complexo, pois os indivíduos são complexos e únicos, cada um possui sua história, personalidade e cultura não é possível moldar o comportamento

humano para ser iguais como uma máquina pois esta sendo trabalhado com seres humanos. As pessoas são diferentes, porém, fazem as mesmas coisas pela mesma razão. Portanto percebe-se que é importante respeitar cada ser humano com sua individualidade e mantendo sua maneira espontânea de ser.

É necessário enfatizar a importância da contribuição das diversas teorias que cada uma com sua particularidade nos aproxima de caminhos que facilitam o trabalho de proporcionar maior motivação aos colaboradores. Não confirmou realmente o que é capaz de motivar os indivíduos, porém, foi possível identificar o que não motiva os mesmos. Ficou evidente que a motivação não depende exclusivamente de fatores externos, existe os fatores internos de cada pessoa e de seus motivos intrínsecos, pois como citado anteriormente cada individuo é único e sua motivação pode ocorrer por razões distintas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR Coelho, J. (2008). **Uma introdução à Psicologia da Saúde Ocupacional: Prevenção dos Riscos Psicossociais no Trabalho**. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

BERGAMINI, C. W. **Motivação nas organizações**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

BERGAMINI, C.W. **Psicologia Aplicada a administração de empresas**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2006.

BERGAMINI, C.W. **A motivação nas organizações**. 4ª.ed. São Paulo: Atlas, 1997.

BERNARDINHO. **Transformando suor em ouro**. Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

BERTELLI, Sandra B. (Coord). **Gestão de pessoas em administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualytimark, 2004.

CAMELO, S. & Angerami, E. (2008). **Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estress**: uma análise da literatura. Revista Ciências, Cuidados e Saúde, 7 (2), 232-240.

CAMPOS, Vicente Falconi. **TQC- Controle da Qualidade Total (no estilo japonês)**- 8º. Ed. Belo Horizonte, MG: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 1999.

CAMPOS, Vicente Falconi. **Controle da Qualidade Total (no estilo japonês)**. 8ª edição. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviço Ltda., 2004.

CHIAVENATO, Adalberto. **Introdução a Teoria Geral da Administração.** 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

CHIAVENATO, IDALBERTO. **Gerenciando pessoas: Como transformar os gerentes em gestores de pessoas.** 4ª ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHIAVENATO, Idalberto. **Comportamento Organizacional. A dinâmica do sucesso nas organizações.** 2.ed. São Paulo: Elzevir, 2005.

CHIAVENATO, I. **Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participativa.** 2. ed. São Paulo: Makron Books, 1994.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos humanos: o capital humano das organizações.** 8ªed.São Paulo: Atlas, 2008.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações.** Barueri: Manole, 2014.

CIPRIANI, Lírio. **Sinais dos tempos.** Revista Ser Humano.São Paulo; nº 36, 1998.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: Estudo de Psicopatologia do trabalho.** Trad. Ana Paraguay& Lúcia Leal Ferreira. 5º ed. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992.

DEJOURS, C. **Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas.** São Paulo: Atlas, 1993.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GIL, Antonico Carlos. **Gestão de Pessoas: Enfoque nos papéis profissionais.** 1º. Ed.- 14. Reimper.- São Paulo: Atlas, 2014.

HESKETH, LUIZ, JOSÉ .Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/rae/v20n3/v20n3a05>. **Construção de um Instrumento Para medida de satisfação no trabalho.** Acesso em: 21 de agosto de 2017.

HUNTER, James C. **O monge e o executivo: uma história sobre a essência da liderança.** Editora Sextante, Rio de Janeiro, 2004.

IANNINI, Pedro Paulo. **Chefia e liderança: capacitação gerencial.** Viçosa: Aprenda Fácil, 2000.

KANAANE, R. **Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao século XXI.**São Paulo: Atlas, 1995.

MAXIMIANO, Antônio César Amaru. **Introdução à Administração.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MEZOMO, João Catarin. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos.** 1ª ed. São Paulo; Manole, 2001.

MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento Interpessoal**: Treinamento em grupo, 13ªed. RJ: Jose Olympio, 2003.

MOURA, Vinicius. **Força Interior e Desmotivação**. Disponível em <http://www.fashionbubbles.com/2007/forca-interior-e-desmotivacao>. Acessado em 11 de setembro de 2017.

ROBBINS, S. **Comportamento organizacional**. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

ROBBINS, S. P.: JUDGE, T. S.: SOBRAL, F. **Comportamento organizacional** : teoria e prática no contexto brasileiro. 14, ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

RODRIGUES, Marcus Vinícius Carvalho. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

SAMPAIO, Jáder dos Reis. **O Maslow desconhecido: uma revisão de seus principais trabalhos sobre motivação**. Disponível em: <http://www.rausp.usp.br/busca/artigo.asp?num_artigo=1360>. Acesso em: 22/05/2018.

SOUZA, A. V.; ILKIU, G. **Manual de normas técnicas para trabalhos acadêmicos**/ Unidade de Ensino Superior Vale do Iguaçu. União da Vitória (PR): Kaygangue, 2017.

SOLOMON, M.R. **Comportamento do consumidor: comprando, possuindo e sendo**. 5, ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

VENUSO, Leonarda. **Humanização em hospitais**. Fortaleza: Premium, 2001.

VERGARA, S.C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 5.ed. São Paulo: Altas, 2010.

ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

desmotivação in Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2018. [consult. 2018-03-06 16:37:44]. Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/desmotivação>

GIACOMELLI, Willian. **Determinantes da desmotivação no trabalho: Uma investigação teórica e empírica**. Roraima, 02 de março de 2016. Disponível em: <http://revista.ufr.br/index.php/adminrr/>.

A INFLUÊNCIA DOS ESTILOS PARENTAIS NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA COM AUTISMO

Luana Vanderléia Iwasenko¹
Guidie Elleine Nedochetko Rucinski²

RESUMO: O autismo é um transtorno de desenvolvimento neurológico, o qual afeta uma série de fatores sejam eles cognitivos, emocionais e sociais, os quais comprometem de forma significativa o desenvolvimento da criança que possui este diagnóstico, sendo necessário o tratamento especializado para que se consiga ganhos positivos. Desta forma, englobando as práticas educativas para o desenvolvimento da criança, os estilos parentais que são práticas positivas e negativas e as mesmas desempenhadas pelos pais/cuidadores podem afetar de forma significativa o desenvolvimento da mesma. Esta pesquisa visa levantar dados informativos em referenciais teóricos, endereços eletrônicos e materiais científicos diversos para que, através dos dados levantados possa descrever e identificar os estilos parentais que influenciam no desenvolvimento da criança que possui diagnóstico com transtorno do espectro autista.

PALAVRAS CHAVES: Transtorno do Espectro Autista; Estilos Parentais; Desenvolvimento.

ABSTRACT: Autism is a neurodevelopmental disorder, which affects a number of factors such as cognitive, social and emotional, in which compromises significantly the development of the child who has this diagnosis, and it's necessary a specialized treatment so that this child could have positive gains. Thus, encompassing educational practices for child development, parenting styles, which are positives and negatives practices and the same ones performed by the parents/caregivers, can significantly affect the development of the same.

This research aims to collect information theoretical references, electronic addresses and scientific materials so that, through the data collected it is possible to describe and identify the parenting style that influences the development of the child who is diagnosed with autism spectrum disorder.

KEYWORDS: Autism Spectrum Disorder; Parenting Styles; Development

1 INTRODUÇÃO

O autismo foi descrito classicamente como doença na década de 40, por dois autores Kanner e Asperger, e passou a fazer parte do DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) a partir da década de 80. O diagnóstico do autismo é basicamente clínico, baseado nos critérios do DSM-V, e para auxílio no diagnóstico, são utilizadas entrevistas clínica, inventários e escalas como a CARS (Childhood Autism Rating) a qual permite quantificar o autismo em leve, moderado e grave de acordo com a sua pontuação. (DSM-5, 2014).

¹ Acadêmica do décimo período do curso de Psicologia das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu (Uniguaçu)

² Psicóloga, atualmente trabalha como Responsável-Técnica do Serviço-Escola de Psicologia, supervisora de estágio clínico e docente do Curso de Psicologia das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – Uniguaçu.

Atualmente de acordo com o DSM-5 (2014), a classificação utilizada para critérios diagnósticos são: déficits na comunicação social e interação social, déficits na comunicação verbal e não verbal, déficits no desenvolvimento podendo ir desde as dificuldades no ajuste de comportamentos, e ao falhar no interesse por compartilhar algo com seus semelhantes.

A busca pela melhor forma de desenvolver habilidades de um indivíduo autista é citada por diversos autores, e a melhor indicação é a compreensão de como os pais/cuidadores tem sobre o transtorno e suas especificidades. Além disso a estrutura emocional destes pais/cuidadores parece influenciar nas atitudes e comportamentos acerca de seus filhos.

Uma das formas de identificar as influências tanto positiva como negativas dos pais e cuidadores com relação aos filhos, sejam estes portadores ou não do Transtorno do Espectro Autista, é aprender e identificar os tipos parentais destes indivíduos. O termo parentalidade pode ser considerado um termo recente visto que começou a ser utilizado na literatura psicanalítica francesa a partir dos anos 60 para marcar a amplitude de processo e de construção na prática da relação dos pais com os filhos (ZORING, 2010). O conceito de “parentalidade” é definido por alguns investigadores como sendo o conjunto de “atividades propositadas no sentido de assegurar o desenvolvimento da criança” (HOGHUGHI, 2004 citado por BARROSO, 2010, p. 5).

Este trabalho de cunho bibliográfico tem por objetivo o levantamento de dados através de referências atuais sobre habilidades sociais de uma criança com o transtorno do espectro autista e a relação dos estilos parentais no desenvolvimento cognitivo, emocional e social.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão literária, de caráter dedutivo. A pesquisa realizada através de bibliografias a pesquisa bibliográfica é feita a partir de referências teóricas, também publicadas por meios escritos e eletrônicos, alguns artigos encontrados na internet referentes a estudos de relação de estilos parentais, sobre autismo, os quais

relacionando com o desenvolvimento da criança que possui diagnóstico, e alguns estudos da psicóloga Lídia Weber³ no que diz respeito aos estilos parentais. Também será utilizado as referências de Paula Inez Cunha Gomide⁴, pois a autora iniciou os trabalhos com inventário de estilos parentais.

Foram incluídos trabalhos que envolvessem a abordagem da psicologia e os impactos positivos e negativos dos estilos parentais existentes, e o que fazer quando se diferem, foram também utilizadas bibliografias sobre a história do transtorno do espectro autista até os tempos atuais.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 AUTISMO: HISTÓRICO

Grande parte da história do autismo se inicia nos anos de 1940, através de um artigo do psiquiatra infantil Leo Kanner, o qual descreveu um novo, Hans Asperger, que descreveu um transtorno semelhante, e que acabou se tornando conhecido como Síndrome de Asperger. Desta forma segundo o DSM-V, desde os dois anos de vida os sintomas podem ser reconhecidos, alguns dos sintomas podem ser observados antes dos doze meses tais como a descrição do padrão de início de algumas informações com atrasos precoces no desenvolvimento e também algumas perdas de habilidades sociais e verbais.

Dentro do ambiente educacional é aconselhado seja realizada uma avaliação psicoeducacional para que os profissionais envolvidos possam delinear atividades de acordo com o perfil de aprendizagem da criança, ao tratamento se faz necessário direcionar o trabalho de acordo com uma metodologia que conduza a aquisição de novas habilidades.

³ Psicóloga, mestre e doutora em psicologia experimental pela universidade de São Paulo, atua como palestrante, consultora e parecerista das mais importantes revistas e jornais do país.

⁴ Psicóloga, professora e pesquisadora. Presidente da Sociedade Brasileira de Psicologia de 2009 a 2013. Atua na área da psicologia forense e autora do livro Pais presente, pais ausentes – regras e limites.

[...] o método visa ensinar habilidades que ela não possui através da introdução destas habilidades por etapas, cada habilidade é ensinada em esquema individual, sendo apresentada e associada a uma indicação, quando necessário é oferecido algum apoio que deve ser retirado o quanto antes possível. (MELLO, 2007, p.37)

Acaba se tornando fundamental durante o tratamento do autismo o treinamento das habilidades sociais, sendo esta uma alternativa para as dificuldades na comunicação e a interação social. Visto que a psicoterapia tem a intenção de ensinar essas habilidades, desta forma o treinamento das habilidades sociais é uma alternativa fundamental para o tratamento, pois uma das grandes dificuldades é a comunicação e o interesse social. Destacando também a importância de adaptações para o tratamento terapêutico e no desenvolvimento familiar e no ambiente escolar.

Durante a narrativa do texto destaca-se o uso de recursos comunicativos podem facilitar o processo das informações recebidas que tem como consequência uma resposta na aprendizagem, acaba-se utilizando momentos de extrema atenção da criança, utilizando palavras simples e frases curtas, para que a criança consiga memorizar. (KEINERT, ANTONIUK, 2012)

O uso de recursos comunicativos e de intervenção pode facilitar o processo da informação recebida e, por conseguinte a resposta da aprendizagem da criança, sendo de extrema valor utilizar os momentos de atenção da mesma, para que então seja iniciado os métodos interventivos que se façam necessários para o desenvolvimento da criança. (KEINERT, ANTONIUK, 2012)

3.2 MÉTODOS DE INTERVENÇÃO EXISTENTES

Segundo Teixeira (2017) alguns métodos de intervenção são utilizados na realização do diagnóstico precoce, desta forma são realizadas algumas escalas padronizadas que podem ser utilizadas durante o processo de avaliação da criança, as quatro mais conhecidas são a CARS – Childhood Autism Rating Scale (Escala de Avaliação do Autismo na Infância), M-CHAT – Modified Checklist for Autism in Toddlers (Lista Modificada para Autismo em Crianças Pequenas), sendo que estas permitem auxiliar na identificação de traços do transtorno do espectro autista.

Dentre esses métodos e programas de tratamento enfatiza-se a Análise Aplicada do Comportamento (ABA), sendo que este visa ensinar habilidades que a criança não possui, sendo o mesmo aplicado por etapas.

[...] cada habilidade é ensinada, em geral, em esquema individual, inicialmente apresentando-a associada a uma indicação ou instrução, quando necessário, é oferecido algum apoio (ex: apoio físico), que deve ser retirado tão logo seja possível, para não tornar a criança dependente dele. (MELLO, 2007. p. 37).

Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH), é uma abordagem comportamental, desenvolvido aproximadamente por volta dos anos 60, a partir de estudos realizados com indivíduos autistas. Esse método é baseado, na adaptação do ambiente, onde acaba promovendo a compreensão da criança em relação ao local, sendo este organizado através de recursos visuais, uma rotina estruturada e trabalho individualizado. (TEIXEIRA, 2017)

Segundo Teixeira (2017) o método PECS (Picture Exchange Communication System) Sistema de Comunicação por Troca de Figuras, é composto por cartões com símbolos para a aprendizagem das habilidades de comunicações, onde a criança utiliza cartões para perguntas ou respostas e desta forma mantendo o diálogo. Este método foi desenvolvido para auxiliar crianças e adultos que possuem o diagnóstico de autismo, para que através de estímulos visuais, possam desenvolver a capacidade da comunicação verbal.

Segundo Teixeira (2017), o método Floortime, tem como objetivo estimular o desenvolvimento emocional relacional da criança com transtorno do espectro autista, este método busca entender os sentimentos e a relação com os pais/cuidadores e também a maneira de como a criança se relaciona. Segundo Mello (2007) é uma atividade global o qual não trabalha a fala, habilidades motoras e cognitivas individuais, sendo que este método pode ser associado com a intervenção do ABA.

Segundo Teixeira (2017) o modelo DENVER é uma abordagem que está sendo estudada no exterior, sendo esta pouco conhecida e utilizada no Brasil, este modelo é a intervenção precoce em crianças de 1 e 3 anos de idade, diagnosticadas

com perturbações do espectro autista. A aplicação desta intervenção pode prolongar-se até os 5 anos de idade. O principal objetivo do DENVER (ESDM) é promover e desenvolver competências de comunicação em vários contextos, permitindo identificar os sinais que a criança pode apresentar.

É indicado que ao iniciar qualquer programa, é necessário certificar-se sobre a atenção da criança para o adulto e para o material que está sendo utilizado, é indicado tentar algumas vezes, em dias diferentes, mas é importante manter a atenção quanto as possibilidades da criança em executar determinado programa, alguns podem se tornar difíceis para a criança em determinado momento, onde deve ser interrompido e retomar após um tempo. (OMAIRI, 2012)

Durante a realização do diagnóstico da criança, juntamente com métodos que são utilizados para a obtenção do mesmo, se faz necessário o preparo dos pais/cuidadores e também da família como um todo, para que os mesmos consigam designar na presença de um profissional a melhor forma de tratamento para a criança.

3.3 AUTISMO E O GRUPO FAMILIAR

O diagnóstico precoce, preparação emocional e orientação dos pais/cuidadores são fatores fundamentais para o desenvolvimento da criança, o apoio familiar se torna muito importante, para que possam absorver o impacto do diagnóstico, as decisões que a família toma a partir da descoberta são essenciais, uma vez que o tipo de tratamento escolhido determina o prognóstico do caso. (KEINERT, ANTONIUK 2012.)

A preparação emocional dos pais e cuidadores torna-se um fator de grande importância após o recebimento do diagnóstico, onde os mesmos precisam se sentir acolhidos e assim buscando ajuda terapêutica. Portanto, torna-se necessário que a família tenha suporte psicoterapêutico para que os mesmos consigam traçar metas no desenvolvimento da criança tendo como base as melhores práticas para este fim e conhecimento tanto das intervenções quanto de onde e quando buscar auxílio. (WHITMAN, 2015).

Alguns dos mecanismos enfrentados durante o processo de aceitação dos pais/cuidadores, por vezes, são primitivos, mas compreensíveis, e que tem a função de proteção, pelo menos de curto prazo. Uma vez que muitos pais/cuidadores sabem que algo está errado com o seu filho, um diagnóstico que confirma expectativas pode não tornar-se uma surpresa, quando se é compreendida a seriedade do transtorno de espectro autista é compreendida também, a irrealidade que vem acompanhada pela sensação de que isto não pode estar acontecendo. (WHTMAN, 2015)

[...] a negação se manifesta de muitas maneiras, incluindo não falar sobre o diagnóstico com qualquer pessoa, continuar como se nada tivesse acontecido, desconfiar do parecer médico e buscar outro diagnóstico. A negação também se reflete, às vezes, na atitude excessivamente otimista dos pais sobre as capacidades, habilidades e futuras possibilidades dos seus filhos. (WHITMAN, 2015; P. 233)

A raiva é um modo comum de lidar com a dor, o qual afasta provisoriamente o foco da dor dos pais/cuidadores e que representa uma tentativa inicial de entender o que está acontecendo. A raiva raramente serve para melhorar a forma como pai ou a mãe se sentem após receber o diagnóstico, talvez melhore no curto prazo, mas não a longo prazo. (WHITMAN, 2015)

A culpa envolve a sensação de que se é de algum modo responsável pelo que aconteceu, os pais/cuidadores podem se sentir culpados pelo fato de achar que são responsáveis pelo filho ter o transtorno do espectro autista, a culpa surge de um sentimento de desamparo e de não saber qual atitude deve ser tomada. (WHITMAN, 2015)

Durante a narrativa do texto Whitman (2015) discorre sobre a importância de alguns trabalhos que devem ser realizados com pais/cuidadores de crianças que possuem o diagnóstico do transtorno do espectro autista, os quais auxiliam durante o planejamento do tratamento, as intervenções parentais, atendimento psicológico e médico e também a oportunidade de participar de grupos de pais/irmãos de crianças que possuem diagnóstico.

3.4 AUTISMO E A RESILIÊNCIA

Levando o disposto em consideração, assume-se que é de suma importância a resiliência dentro do ambiente familiar, resiliência torna-se um conceito em que a pessoa consegue enfrentar as adversidades, aprendendo habilidades, as quais podem ser aplicadas no decorrer da vida. A estrutura da resiliência dentro da família pode ser uma forma de nortear esforços e influências no campo da saúde mental dos pais/cuidadores que passam pelo impacto do recebimento do diagnóstico. (WHITMAN, 2015)

A forma como a família enfrenta e lida com esta situação adversa faz com que os membros como um todo, sejam influenciados nas adaptações que são necessárias de imediato e em longo prazo, mostrando que a resiliência familiar pode vir a ter um efeito duradouro podendo gerar a melhora no desenvolvimento do tratamento da criança e a interação dos membros (ROOKE; SILVA, 2012).

[...] a resiliência familiar é mais bem identificada em famílias que apresentam cuidados constantes dos responsáveis pelas crianças, um relacionamento de qualidade entre pais e filhos, obter uma comunicação mais flexível entre todos do grupo familiar (ROOKE; SILVA, 2012).

Os pais/cuidadores desta forma tem a função desenvolver a capacidade de habilidades em seus filhos mostrando em como lidar com frustrações, que nem sempre será eles que irão protege-los, por tanto, a criança terá que desenvolver esta capacidade e habilidades sociais, as quais podem ajudar os mesmos a refletir sobre determinados comportamentos e seus sentimentos, ao ajudar a criança a ter essa reflexão, os pais/cuidadores estarão contribuindo para a construção da eficácia pessoal, social e emocional da criança. (WEBER, 2007)

3.5 AUTISMO: HABILIDADES E COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS

Del Prette & Del Prette (2001) desenvolveram um inventário para identificar as habilidades sociais de adultos e adolescentes, para esses autores a aprendizagem das habilidades sociais inicia o ambiente familiar e escolar, sendo que no contexto

familiar, geralmente onde os pais/cuidadores fazem a mediação da aprendizagem dessa habilidade, entende-se que pais/cuidadores que educam seus filhos agindo de forma agressiva, negligente ou que fornecem modelos que não são apropriados, acabam produzindo déficits na aprendizagem dos comportamentos sociais adequados. Desta forma é possível perceber que a estrutura emocional dos pais e/ou cuidadores pode influenciar nas atitudes e comportamentos de seus filhos, bem como no processo de resiliência, estrutura da família e sua dinâmica.

Segundo Weber (2007) educar de forma adequada significa preparar a criança para a vida, para que a mesma seja autoconfiante. Muitos pais/cuidadores são bons porque tiveram pais intuitivos e sensíveis. Outros pais/cuidadores têm histórias difíceis e muitas vezes conseqüentemente acabam repetindo determinados comportamentos inadequados com seus filhos.

Através das habilidades sociais adquiridas Weber (2007) descreve doze princípios para uma educação positiva, os quais estão descritos em amor incondicional, conhecer os princípios do comportamento, conhecer o desenvolvimento da criança, o autoconhecimento, a comunicação positiva entre pais/cuidadores e a criança, o envolvimento de ambos, o uso de conseqüências positivas como elogiar, reforçar comportamentos positivos e valorizar os mesmos, apresentar regras e ser consistente, não fazer uso da punição corporal, mas de conseqüências lógicas, ser um modelo moral para a criança educando a mesma para a autonomia. Destacando a importância da comunicação entre os responsáveis, para que tenham coerência na fala e comportamentos a serem desempenhados com a criança.

3.6 AUTISMO: PARENTALIDADE E OS ESTILOS PARENTAIS

O modelo teórico de Baumrind (1966) sobre os tipos de controle parental foi um marco nos estudos que vem sendo feitos sobre a relação entre pais/cuidadores e filhos, este modelo teórico serviu como base para um novo conceito de estilos parentais que integra aspectos emocionais e comportamentais. Desta forma como o estudo das práticas disciplinares reduziu o papel de controle, passando a abranger o aspecto de responsabilidades e necessidades da criança, desta forma englobando tudo o que contribui para a construção do clima emocional em que a criança é educada.

Relacionado aos estilos parentais Gomide e colaboradores (2005), em seus estudos denominam sete práticas educativas, sendo que cinco destas são consideradas desfavoráveis as quais estão relacionadas no desenvolvimento de comportamentos antissociais e duas favoráveis ao desenvolvimento de comportamentos pró-sociais. O abuso físico, a punição inconsistente, a disciplina relaxada, a monitoria negativa e a negligência são estudadas como estratégias educacionais negativas.

Segundo um terceiro autor, (Weber 2007), estilos parentais caracterizam-se por um conjunto de atitudes e comportamentos e todo o clima entre pais/cuidadores e a criança, incluindo a expressão corporal e o tom de voz. Na narrativa do texto Weber (2007) afirma que é importante ter regras coerentes entre os pais e o restante do grupo familiar, destacando que as práticas parentais são alguma das estratégias que os responsáveis pela criança utilizam para disciplinar alguns comportamentos específicos. Ainda no decorrer do texto o autor discorre que para determinar um estilo parental alguns critérios são apontados como, responsividade e exigência, ou seja, o afeto e envolvimento, juntamente com, limites e regras.

O estilo parental é o resultado da confluência de forças das práticas educativas parentais, ou seja, em um Estilo Parental Positivo, as práticas educativas são prevalentes as negativas e por outro lado, se o Estilo Parental for negativo, as práticas negativas se sobrepõem as positivas. (GOMIDE, 2014)

3.7 MONITORIA POSITIVA E NEGATIVA

Relacionado aos estilos parentais Gomide e colaboradores (2005), em seus estudos denominam sete práticas educativas, sendo cinco consideradas desfavoráveis estas estão relacionadas no desenvolvimento dos comportamentos antissociais e as outras duas ao comportamento pró-social, duas dessas práticas positivas se referem ao uso adequado de reforçadores sociais, ao estabelecimento de regras claras e consequências para o não cumprimento das mesmas.

Durante o texto Gomide (2005) descreve as práticas educativas em cinco negligência, punição inconsciente, monitoria negativa, disciplina relaxada e abuso físico, desta forma a negligência acaba ocorrendo quando os pais/cuidadores não estão atentos as necessidades dos filhos, ausentes em suas responsabilidades, desta forma omitindo-se no auxílio e acabam desenvolvendo um relacionamento sem afeto. Crianças que são negligenciadas comportam-se de forma agressiva, ou seja, comportamentos desenvolvidos pela relação de falta de afeto dos pais/cuidadores para com a criança.

Baseando-se nestas práticas educativas parentais, Gomide recebeu parecer pelo (CFP em 4/7/05) ao desenvolver o Inventário de Estilos Parentais (IEP) o qual tem a capacidade de identificar práticas parentais negativas utilizadas em famílias e práticas positivas usadas por pais/cuidadores que desenvolvem comportamentos pró- sociais no desenvolvimento de seus filhos.

3.8 AUTISMO: QUANDO OS ESTILOS PARENTAIS DIFEREM

Algumas vezes, os estilos misturam-se e, por vezes, podem apresentar algumas características de cada estilo, desta forma ocasionando a oposição entre os mesmos, mas estudos comprovam que pais em geral têm um estilo na interação com os filhos. O genitor pode demonstrar um comportamento de um estilo e a

genitora de outro, então pode haver uma combinação, que pode auxiliar ou interferir no desenvolvimento da criança. (WEBER, 2007)

[...] então deve dizer e reforçar estes comportamentos para que eles sejam incorporados no repertório dos filhos. Quando isso ocorre, a sua fala se transforma em uma regra para a criança, uma dica de como ela deve agir agora e no futuro, inclusive quando você não estiver presente, o que se chama autorregra. (WEBER, 2007, p. 97)

Segundo Weber (2007) se as regras existem dentro do ambiente familiar, o que acaba tornando-se um contrato entre todos os membros, apresentar regras claras e específicas para a criança faz com que com pais/cuidadores tenham controle e possam prever o comportamento, durante o texto o autor discorre sobre uma nova regra estabelecida ressaltando que a mesma pode vir a causar conflito entre pais/cuidadores e filhos, mas que com o passar do tempo o comportamento é ajustado.

Ao falar sobre regras e limites os pais/cuidadores apresentam limites para a criança, desta forma ensinando o que é certo e errado, mostrando que através disso o nível de respeitabilidade, permitindo um relacionamento adequado entre o grupo familiar. Weber (2007) descreveu durante a narrativa que os limites que o grupo familiar impõe para a criança, muitas vezes condiz com as expectativas criadas sobre a criança, portanto, toda regra será diferente em cada grupo familiar.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades encontradas dos pais/cuidadores após o recebimento do diagnóstico se fazem maior, pelo fato de não saberem como lidar com determinados comportamentos da criança, desta forma se faz necessário o auxílio a esses pais/cuidadores para que os mesmos consigam trabalhar as formas educativas sendo que nenhuma delas seja diferenciada entre ambos. Visto que a estrutura emocional destes pais/cuidadores pode influenciar nas atitudes e comportamentos

acerca de seus filhos, bem como o processo de resiliência e a estrutura familiar e sua dinâmica. (KEINERT, ANTONIUK 2012.)

Segundo Patterson e cols. (1992) descrevem que as habilidades parentais fundamentais para o melhor desenvolvimento de comportamentos pró-sociais para crianças sejam elas diagnosticadas com transtorno do espectro autista ou não, se faz o uso apropriado de reforço positivo, ensinamento em resolver problemas, monitoria positiva, sendo que as mesmas fazem a criança ter um melhor desenvolvimento escolar, social e emocional.

O uso das monitorias positivas para o desenvolvimento adequado da criança com o transtorno do espectro autista, se faz necessário o autoconhecimento, a comunicação de forma positiva e coerente entre a fala e o comportamento entre os pais/cuidadores e o envolvimento dos mesmos, apresentar regras e ser consistente nas mesmas. (WEBER, 2007)

Contudo fica claro que a monitoria positiva, ou seja, o estilo participativo, que por sua vez é considerado o melhor estilo, apresenta equilíbrio entre limite e afeto, sendo esses pais/cuidadores que mantem autoridade e obediência de regras, da mesma forma proporcionam diálogo com a criança, considerando suas opiniões e sentimentos. (WEBER, 2007)

De acordo com o estudo esse é o estilo parental mais adequado, no qual os pais/cuidadores apresentam alto nível tanto de exigência quanto de responsividade, os quais exigem a obediência de regras e mantêm a autoridade, mas, diferente das monitorias negativas, os pais/cuidadores participativos são mais abertos para as trocas com seus filhos, destacando que filhos de pais/cuidadores com estilo participativo, possuem benefícios em seu desenvolvimento social, cognitivo e emocional.

É importante ressaltar que esta parentalidade pode não ser fácil de ser alcançada quando se tem um indivíduo com dificuldades no seio familiar, sendo assim, esta família merece atenção e apoio de uma equipe muito bem preparada. Estes pais e cuidadores devem receber todo o respaldo para que então possam desenvolver as atitudes que ajudem seus filhos a desenvolver as habilidades necessárias para serem indivíduos saudáveis e felizes.

REFERÊNCIAS

BAROSO, Ricardo G. e MACHADO, Carla. (2010). **Definições, dimensões e determinantes da parentalidade.** Disponível em: <http://impactum-journals.uc.pt/psicologica/article/view/996/445> acessado em: 31 de março de 2018.

CIA, Fabiana; PEREIRA, Camila de Sousa; DEL PRETTE, Zilda Aparecida Pereira e DEL PRETTE Almir. (2006). **Habilidades sociais parentais e o relacionamento entre pais e filho.** Acesso em 28/04/2018. Disponível em: <file:///C:/Users/loris/Downloads/Habilidades%20Sociais%20pais.pdf>.

GOMIDE, Paula Inez Cunha; SALVO, Caroline Guisantes de; PINHEIRO, Débora Patrícia Nemer; SABBAG, Gabriela Mello. **Correlação entre práticas educativas, estresse e habilidades sociais.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n2/v10n2a08.pdf>. Acessado em: 05 de setembro de 2018.

GOMIDE, Paula Inez Cunha. **Pais presentes, pais ausentes: regras e limites** / Paula Inez Gomide. 13. Ed. – Petropolis, RJ: Vozes, 2014.

KEINERT, Maria Helena Jansen de Mello. **Espectro autista: O que é? O que fazer?**

/ Maria Helena Jansen de Mello Keinert, Sérgio Antônio Antoniuk – Curitiba: Íthala, 2012.

NASCIMENTO, Maria Inês. **Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais: DSM-5** / [American Psychiatric Association] – 5 ed – Porto Alegre: Artmed, 2014.

OMAIRI, Claudia, Marcia R. M. S. Valiati, Mariane Wehmuth, Sergio Antonio Antoniuk. **Autismo: perspectivas no dia a dia.** – Curitiba: Ithala, 2013.

SOUZA, Adilson Veiga e; ILKIU, Giovana Simas de Melo. **Manual de Normas Técnicas para Trabalhos Acadêmicos.** Unidade de Ensino Superior Vale do Iguaçu. União da Vitória: Kayganguê, 2016

TEIXEIRA, Gustavo. **Manual do Autismo** / Gustavo Teixeira – 3 ed. – Rio de Janeiro, 2017.

WEBER, Lídia. **Eduque com carinho:** Lídia Weber. / 2ª edição. / Ilustrações de Bennett. / Curitiba: Juruá, 2007.

WHITMAN, Thomas L. **O Desenvolvimento do autismo**/ Thomas L. Whitman. São Paulo – 2015- M. Books do Brasil Editora Ltda

ALTERAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM INTOLERÂNCIA A LACTOSE: UMA REVISÃO INTEGRADA

Thais Fernanda Sehnen de Souza¹
Carlyle Pietrobom¹
Larissa Naiana Rauber¹
Patrícia Amâncio da Rosa¹
Catiuscie Cabreira da Silva²

RESUMO: A lactose é um dos carboidratos mais ingeridos pelos brasileiros e sua intolerância se dá quando há diminuição ou não produção da enzima que hidrolisa a lactose. Mais de 50% da população mundial possui intolerância a lactose, quando não diagnosticada e tratada, pode causar várias consequências metabólicas no indivíduo. O objetivo do estudo foi fazer uma revisão de literatura apontando as possíveis alterações na qualidade de vida de pessoas com intolerância à lactose. Foram feitas pesquisas nas bases de dados do portal da Capes, Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS, MEDLINE e SciELO) e Google Acadêmico, abrangendo artigos publicados acima do ano de 2010. Indivíduos intolerantes à lactose devem excluir ou diminuir de suas dietas produtos lácteos, e isso acarreta em grandes alterações em seus hábitos alimentares. Os intolerantes devem ter atendimento nutricional e médico com maior frequência, logo que possuem predisposição para desenvolvimento de outras doenças como osteoporose e distúrbios metabólicos devido às restrições alimentares as quais são submetidos, promovendo alteração na formação de hábitos alimentares para manutenção de uma boa qualidade de vida.

Palavras-chaves: Digestão, Lactose, Intolerância.

ABSTRACT: Lactose is one of the carbohydrates most ingested by Brazilians and its intolerance occurs when there is a decrease or non-production of the enzyme that hydrolyzes lactose. More than 50% of the world population has lactose intolerance, if not diagnosed and treated, can cause several metabolic consequences in the individual. The objective of the study was to review the literature pointing out possible changes in the quality of life of people with lactose intolerance. Research was done on the databases of the Capes portal, Virtual Health Library (LILACS, MEDLINE and SciELO) and Google Scholar, covering articles published above the year 2010. Individuals intolerant to lactose should exclude or reduce from their diets dairy products, And this leads to major changes in their eating habits. The intolerant should have nutritional and medical care more frequently, as soon as they are predisposed to develop other diseases such as osteoporosis and metabolic disorders due to dietary restrictions that are submitted, promoting alteration in the formation of eating habits to maintain a good quality of life.

Key-words: Digestion, Lactose, Intolerance.

1 INTRODUÇÃO

A lactose é um tipo de carboidrato de alta ingestão dos brasileiros. Conhecido como o açúcar do leite e classificado como dissacarídeos, esse carboidrato tem

¹ Nutricionista graduada pela Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO

² Professora/Mestre do curso de Nutrição da Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO

importante função no organismo, como a absorção de alguns micronutrientes como magnésio, zinco e principalmente o cálcio que é encontrado no leite. Para que a digestão e a absorção da lactose aconteça de forma apropriada, é necessário o amparo da enzima lactase ou β -D-galactosidase. Essas por sua vez, possuem o papel de hidrolisar a lactose em glicose ou galactose para posterior absorção na mucosa intestinal e metabolização no fígado (GALEGO et al., 2015; SANTOS et al., 2014; SOARES et al., 2016).

De acordo com Friedrich, (2013) a intolerância a lactose é definida quando há a diminuição ou a não produção das enzimas que hidrolisam a lactose.

A intolerância a lactose pode se expor de três formas: Primária, secundária e congênita. A primária pode acometer qualquer individuo sem idade específica e é distinguida pela diminuição da produção de lactase com o passar dos anos. A deficiência secundária acontece geralmente quando a criança possui diarreia persistente no primeiro ano de vida e geralmente é temporária. Decorrente da morte das células intestinais causada pela diarreia ou outras doenças que causam a morte dessas células que se recompõem e voltam a produzir a lactase com o tratamento dessas doenças. A congênita, ocorre principalmente em recém-nascidos prematuros e a deficiência da produção da enzima lactase é permanente. Ela é identificada por um erro genético raro, na qual a criança já nasce sem a capacidade de produzir a enzima. (MATTAR e MAZO, 2010; SOARES et al., 2016).

Estudos comprovam que mais de 50% da população mundial possui intolerância a lactose e a doença, principalmente quando não diagnosticada e tratada, pode causar várias consequências metabólicas no indivíduo. A lactose não absorvida é fermentada, resultando em ácidos orgânicos, gases e o aumento do peristaltismo dos músculos do intestino, com manifestações de flatulência, fluxo intestinal anormal, cólicas abdominais e diarreias com fezes aquosas e fétidas. Estas perturbações digestivas podem variar de simples mal-estar até o impedimento das atividades normais do indivíduo (SANTOS et al., 2014).

O presente estudo teve como objetivo fazer uma revisão de literatura apontando as possíveis alterações na qualidade de vida de pessoas com intolerância à lactose.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foram feitas pesquisas nas bases de dados do portal da Capes, Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS, MEDLINE e SciELO) e Google Acadêmico, abrangendo artigos publicados acima do ano de 2010, utilizando os seguintes descritores: digestão, intolerância a lactose, lactase, lactose e laticínios. Foram incluídos apenas artigos com acesso ao texto completo ou que fossem de acesso livre em língua portuguesa e inglesa.

3 DISCUSSÕES

3.1 População atingida pela intolerância à lactose

A intolerância à lactose desenvolve-se na infância ou em diferentes idades, em ambos os gêneros e grupos étnicos. A intolerância primária pode ocorrer logo após o desmame ocorrendo uma redução irreversível da atividade da lactase, resultado em má absorção primária de lactose, conhecida como hipolactasia. Contudo, a hipolactasia também pode ser secundária a doenças que causem lesões na mucosa do intestino delgado ou que aumentem significativamente o tempo de trânsito intestinal, como na doença celíaca e doença inflamatória intestinal (MATHIÚS *et al.*, 2016; MATTAR *et al.*, 2010).

Outra forma que pode ser apresentada é a intolerância à lactose congênita, herdada através de genes herdados dos pais, é uma condição extremamente rara e grave. Em estudos realizados demonstrou que mais de 27 milhões de habitantes apresentam má absorção da lactose, sendo principalmente por determinação genética (FERNANDES, 2015).

Para realizar o diagnóstico da doença utiliza-se no teste uma dose padrão de lactose, é preciso que as coletas ocorram de 3 a 5 horas, em jejum. Com isso, a classificação pode ser realizada a partir de valores pré-determinados (GASPARIN *et al.*, 2010).

Como forma de tratamento é necessário evitar o consumo de produtos contendo muita lactose, como os produtos lácteos ou o consumo de quantidades

menores de leite e laticínios dos quais a lactose tenha sido removida pela fermentação (BARBOSA; ANDREAZZI, 2011).

3.2 Mudanças nos hábitos alimentares

Indivíduos intolerantes à lactose devem excluir ou diminuir de suas dietas produtos lácteos, e isso acarreta em grandes alterações em seus hábitos alimentares. Primeiramente ocorre consequente redução no consumo de leites e derivados, gerando ingestão deficiente de cálcio, aumentando os riscos para baixa densidade óssea e desenvolvimento de osteoporose. Por isso, faz-se necessário uso de suplementos de cálcio habitualmente (SAVAIANO, 2011; SALOMÃO, 2012).

Além de diminuir a ingestão de produtos lácteos, intolerantes podem fazer o uso da enzima lactase. Esta deve ser ingerida anteriormente a refeição, porém pode não atingir o objetivo não digerindo a lactose totalmente. O controle varia muito do grau de severidade da intolerância (BARBOSA; ANDREAZZI, 2011; BURGAIN, 2012).

Apesar da ainda reduzida opções alimentares disponíveis no mercado para a dieta de intolerantes, a indústria alimentícia tem aumentado o desenvolvimento de novos produtos com baixo teor de lactose. A substituição do leite de vaca para produtos à base de soja é uma opção de substituição quanto quantidade de proteína. Além disso, o mercado disponibiliza lácteos fermentados, queijos duros, doce de leite com lactase e leites com reduzido teor de lactose (GRAND, 2010).

No mercado há leites disponíveis contendo 80% de lactose hidrolisada, possuindo preço superior aos leites integrais normais. Encontra-se também no mercado produtos como achocolatados e biscoitos com baixo teor de lactose ou isentos de lactose (ABATH, 2013). Silva *et al.* (2016) desenvolveram *cupcake* isento de lactose com base de banana, onde após avaliação da composição nutricional encontrou-se maior teor de fibras e ferro, baixo teor de sódio e menor quantidade de gorduras saturadas quando comparado a produto tradicional.

Os leites fermentados são importantes na alimentação de intolerantes à lactose pelo conteúdo de probióticos. Uma função das bactérias lácticas na microbiota intestinal é produzir a enzima β -Dgalactosidade, que auxilia na quebra da lactose no

intestino, tornando-a digerível para intolerantes. Além disso, possui nutrientes encontrados em produtos lácteos, auxilia no trânsito intestinal e estimula o sistema imune (OLIVEIRA, 2011).

A rotulagem dos alimentos e a leitura dos rótulos são essenciais na escolha alimentar de intolerantes à lactose. No Brasil, legislações obrigam as indústrias a informarem se há presença de substâncias específicas nas embalagens, causadores comuns de intolerâncias e alergias. Recentemente, a Lei nº 13.305 de 4 de julho de 2016, regeu que rótulos de alimentos que contenham lactose devem indicar a presença da substância. Este foi um grande avanço que objetiva a prevenção dos sintomas e agravos da intolerância (BRASIL, 2016).

3.3 Alterações de atividades diárias

A intolerância a lactose promove alteração e formação de hábitos alimentares para manutenção de uma boa qualidade de vida, portanto, conseqüentemente outros fatores são alterados no cotidiano dos familiares e indivíduos que possuem essa doença para que suas necessidades sejam supridas.

Os intolerantes devem ter atendimento nutricional e médico com maior frequência, logo que possuem predisposição para desenvolvimento de outras doenças como osteoporose e distúrbios metabólicos devido às restrições alimentares as quais são submetidos, sendo necessário acompanhamento contínuo a fim de evitar possíveis deficiências nutricionais (MATHIÚS *et al.*, 2016).

Devido a especificidade dos produtos que devem ser adquiridos quando há intolerância à lactose, muitos indivíduos deixam de ingerir derivados de leite por conta do elevado custo daqueles que têm são isentos ou com baixo teor de lactose, ou então, como no caso de crianças, apenas consomem quando esse tipo de alimento é oferecido na escola em que frequenta (BARRETO, 2010).

Outro fator influenciado nesse caso é o uso de medicamento, pois muitos possuem lactose entre seus componentes, e devem ser evitados ou substituídos por esse público. Portanto, é necessário observar as informações contidas na bula do

fármaco a qual deve apresentar a advertência “Este medicamento contém LACTOSE” em conformidade à RDC 47/2009 (PEREIRA *et al.*, 2012).

4 CONCLUSÃO

A intolerância à lactose se apresenta cada vez mais prevalente na população o que requer maiores estudos sobre as modificações biológicas e sociais que esta condição provoca no indivíduo. A intolerância gera alterações nos hábitos alimentares e como consequência modificações no âmbito social.

Faz-se necessário o acompanhamento nutricional para correta substituição dos alimentos sem comprometimento de nutrientes essenciais, como deficiência de cálcio. Além disso, o mercado deve adequar-se com maior diversificação de produtos com baixa lactose e seguir a legislação conforme recomendado, a fim de atender adequadamente os consumidores intolerantes.

REFERÊNCIAS

ABATH, T.N. **Substitutos de leite animal para intolerantes à lactose**. Brasília, 2013. 34f. Universidade de Brasília.

BARBOSA, C, R.; ANDREAZZI, M. Intolerância à lactose e suas consequências no metabolismo do cálcio. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.4, n.1, p.81-86, jan/abr, 2011.

BARRETO, R.S.M. **Levantamento dos Casos de Intolerância a Lactose e Alergias Alimentares nos Centros de Educação Infantil Da AfASC, Criciúma, SC**. Curso de Nutrição. Trabalho de conclusão de curso. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. 2010.

BRASIL. **Lei nº 13.305 de 4 de julho de 2016**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 4 julho 2016. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/ Ato2015-2018/2016/Lei/L13305.htm>. Acesso em 12 de dezembro de 2016.

BURGAIN, J. *et al.* Maldigestion du lactose: formes cliniques et solutions thérapeutiques. **Cahiers de nutrition et de diététique**, v.47, p.201-209, 2012.

FERNANDES, T.F.F. Intolerância à lactose. **Revista ABCFARMA**. p.40-45, 2015.

FRIEDRICH, D. C. A diversidade do gene LCT e a persistência da lactase na população brasileira. **Tese de pós-graduação em genética e biologia molecular**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre, 2013.

GALEGO, M.; OLIVEIRA, V. Estudos sobre intolerância à lactose. **Revista UNINGÁ Review**, v.22, n.1, p.24-27, 2015.

GASPARINI, F.S.R. et al. Alergia à proteína do leite de vaca versus intolerância à lactose: as diferenças e semelhanças. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 3, n. 1, p. 107-114, 2010.

GRAND, R.J. What is lactose intolerance and how to measure it. **National Institutes of Health –Lactose Intolerance and Health**, p. 35-37, 2010.

MATTAR, R.; MAZO, D. F. C. Intolerância à lactose: mudança de paradigmas com a biologia molecular. Trabalho realizado no Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Revista da Associação de Medicina Brasileira**, v.56, n.2, p.230-236, 2010.

MATHIÚS, L.A. et al. Aspectos Atuais da Intolerância à Lactose. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.37, n.1, p. 46-52, Janeiro/Abril, 2016.

OLIVEIRA, C.P. Leite fermentado probiótico e suas implicações na saúde. **Revista verde**, v.6, n.3, p.25-31, julho/setembro, 2011.

PEREIRA, M.C.S. et al. Lácteos com Baixo Teor de Lactose: Uma Necessidade Para Portadores de Má Digestão da Lactose e um Nicho de Mercado. **Rev. Inst. Latic. “Cândido Tostes”**, v.67, n.389, p. 57-65, 2012.

SALOMÃO, N.A. et al. Ingestão de cálcio e densidade mineral óssea em mulheres adultas intolerantes à lactose. **Revista de Nutrição**, v. 25, n. 5, p. 587-95, 2012.

SAVAIANO, D. Lactose intolerance: an unnecessary risk for low bone density. **Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program**, v. 67, p. 161-71, 2011.

SANTOS, F. F. P.; OLIVEIRA, G. L. Intolerância à lactose e as consequências no metabolismo do cálcio. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v.4, n.2, p.1-7, 2014.

SANTOS, F. F. P. et al. Intolerância a lactose e as consequências no metabolismo do cálcio. **Revista interfaces: Saúde, Humanas e Teecologia** v.2, n.especial, 2014.

SILVA, A.R.M. et al. Desenvolvimento de um novo produto: Cupcake a base de banana e alfarroba isento de lactose. **Saber Científico**, Porto Velho, v. 5, n. 1, p. 52–60, 2016.

SOARES, L. F. et al. Aspectos nutricionais e metabólicos da intolerância à lactose. **Ciências em Saúde**, v.15, n.4, p.403-407, 2016.

AS PRÁTICAS CORPORAIS COMO FERRAMENTA DE DESENVOLVIMENTO NA EDUCAÇÃO INFANTIL DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE UNIÃO DA VITÓRIA – PR E PORTO UNIÃO – SC.

Luana Faesser
Jéssica Chaiane Brem Marinhuk
Andrey Portela¹

RESUMO: A corporeidade, o desenvolvimento motor e o movimento são campos que devem receber uma atenção redobrada por parte dos profissionais envolvidos com a educação infantil. A criança sendo um ser extremamente ativo e com necessidade de se movimentar, deve ser exposta às mais variadas experiências corporais, para que desta forma, possa ter um desenvolvimento efetivo tanto em sua área motora, como cognitiva, afetiva e social. A presente pesquisa, caracterizada como sendo de campo, aplicada, qualitativa e quantitativa, teve como objetivos analisar a utilização das práticas corporais como ferramenta de desenvolvimento na educação infantil, através da caracterização dos profissionais atuantes e identificação da importância e tempo dedicado ao uso dos exercícios corporais durante o processo de ensino, bem como relatar a satisfação dos professores e alunos quanto ao uso das mesmas e verificar quais são as práticas mais utilizadas, diferenciando o uso dessas práticas em instituições de municípios distintos. Para obter os resultados necessários, foi utilizado um questionário com perguntas abertas e fechadas, entregue a 20 professores atuantes na pré-escola de 15 instituições diferentes da rede municipal de ensino de União da Vitória – PR e Porto União – SC. Os resultados obtidos foram discutidos por meio de gráficos, quadros e análise temática de conteúdos, sendo possível criar um perfil para os profissionais envolvidos com a educação infantil, verificando que apresentam-se qualificados para trabalhar na área, com uma formação adequada e características apropriadas. Foi analisado ainda, que há uma grande preocupação em abordar a motricidade das crianças durante as atividades pedagógicas, considerando o desenvolvimento motor tão importante quanto o cognitivo e afetivo. O tempo disponibilizado para as práticas corporais também é satisfatório, sendo que o planejamento proposto na educação infantil permite uma utilização frequente, e até mesmo diária de exercícios corporais. Tais práticas são utilizadas de diversas formas diferentes, variando entre danças, jogos, brincadeiras e exercícios motores, sendo estas capazes de desenvolver as características necessárias da idade. Foi possível relatar que tanto os alunos quanto os professores demonstram-se satisfeitos quando as práticas corporais são inclusas no planejamento pedagógico, tornando a rotina e o processo de ensino-aprendizagem mais prazeroso e eficiente para ambos.

Palavras-chave: Educação Infantil. Práticas corporais. Desenvolvimento motor.

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se da importância que existe em realizar atividades que proporcionem o movimento corporal tanto na fase adulta quanto na infância e que corpo e mente estão constantemente ligados. Muito pode-se dizer através do corpo, principalmente a criança, que por meio dele demonstra sentimentos, se comunica, se desenvolve,

¹ Graduado em Educação Física e Desportos. Mestre em Ciências do Movimento Humano. Doutor em Atividade Física e Saúde. Professor nas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – Uniguaçu.

descobre a si mesma e ao mundo externo. É preciso considerar esses fatores ao pensar no trabalho da educação infantil, proporcionando a elas atividades em que possam utilizar das práticas corporais para se desenvolver em seus aspectos motores, cognitivos e afetivos.

Acredita-se que quando há um trabalho envolvendo experiências motoras, a aprendizagem nessa fase da vida torna-se mais eficiente e prazerosa, pois a criança vai aprender utilizando da sua melhor forma de linguagem, ou seja, vai aumentar seus conhecimentos de uma forma lúdica. Cada vez mais, crianças estão sendo levadas às instituições de educação infantil, passando a maior parte do dia dentro de salas de aula. Desta forma, é necessário que o tempo disponibilizado para a ação corporal seja suficiente para atender as necessidades dos alunos e acontecer um trabalho eficiente de aprendizagem e desenvolvimento. Profissionais da educação infantil devem utilizar as mais variadas ferramentas em seu planejamento de ensino, considerando a fase e características de seus alunos, podendo ser uma delas as práticas corporais, onde através do corpo e movimento vão aprimorar seu aprendizado e desenvolvimento integral.

O número de crianças matriculadas em creches e pré-escolas tem aumentado significativamente nos últimos anos, Ferraz (2016, p.03) analisou que “o acesso à creche e à pré-escola vem, sucessivamente, sendo ampliado. Só entre 2008 e 2014 as matrículas em creche tiveram aumento de 65,1% (MEC/Inep)”, estes dados tornam o trabalho pedagógico na educação infantil extremamente importante, pois é nas instituições de ensino infantil onde as crianças vão obter a base de todo seu conhecimento futuro. O objetivo geral do estudo é analisar a utilização de práticas corporais como ferramenta de desenvolvimento na educação infantil da rede municipal de ensino de União da Vitória – PR e Porto União – SC.

2 MÉTODO

O presente estudo é caracterizado como uma pesquisa de campo, aplicada, que de acordo com Lakatos e Marconi (1991, p.186) “é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual

se procura uma resposta”. Caracteriza-se ainda como qualitativa e quantitativa. A presente pesquisa foi aplicada nas instituições de educação infantil da rede municipal de ensino de União da Vitória – PR e Porto União – SC, selecionadas aquelas que possuem o último nível da educação infantil, sendo que em União da Vitória nomeiam Jardim III e em Porto União Pré III. No município de União da Vitória a pesquisa foi aplicada nos Centros Municipais de Educação Infantil Sagrada Família de Nazaré, Zuleika Barbosa, Ruth Yelita Forte, Maria Flenik, Zilá Palmas Fernandes Luiz e Ilta Lúcia Fernandes e em Porto União nos Núcleos de Educação Infantil Sonho de Criança, Favo de Mel, Moranguinho, Trem da Alegria, Pingo de Gente, Criança Feliz, Comecinho de Vida, Castelo Encantado e Arco Íris.

A população escolhida para o estudo foram os professores da rede municipal de ensino da cidade de União da Vitória – PR e Porto União - SC. A amostra foi composta por 20 professores atuantes no Jardim III/Pré III das instituições de educação infantil no ano de 2017. O tipo da amostra é não-probabilística intencional, que segundo Souza e Ilkiu (2016) “não faz uso de formas aleatórias de seleção” e são “escolhidos casos para a amostra que representam o “bom julgamento” da população/universo”.

O projeto foi encaminhado e aprovado ao Núcleo de ética e Bioética (NEB) da Uniguaçu, com número de protocolo 2017/165. Em seguida foi encaminhado um termo de autorização para a aplicação do estudo (anexo A) as Secretarias Municipais de Educação de União da Vitória e Porto União. Para os professores participantes da pesquisa foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo B). Os questionários foram respondidos de forma anônima, mantendo em sigilo informações pessoais dos profissionais.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para obter os resultados necessários, foram analisados 20 questionários, onde os mesmos foram entregues em 15 pré-escolas diferentes, sendo 6 em União da Vitória e 9 em Porto União, obtendo um total de 10 questionários respondidos em cada município. Buscou-se, primeiramente, caracterizar os professores atuantes na

educação infantil, onde através dos dados coletados, a média de idade dos mesmos é de 36 anos, sendo 95% (19) do sexo feminino e 5% (01) do sexo masculino. Além disso, a média do ano de formação é de 2006, sendo que 55% (11) dos pesquisados possuem graduação em pedagogia, 20% (04) somente em magistério e 25% (05) em outra área, sendo estas a graduação em letras e psicologia. 70% (14) dos professores possuem curso de especialização na área da educação infantil e apenas 30% (06) não. Pós-graduação em educação infantil, psicopedagogia, gestão e pedagogia escolar e artes na educação infantil são as especializações relatadas pelos pesquisados, além de cursos de formação continuada proporcionados pelo estado. Por fim, analisou-se há quanto tempo estes professores atuam na educação infantil, onde 40% (08) trabalham a menos de 5 anos, 30% (06) entre 5 e 10 anos, 10% (02) entre 10 e 20 anos e 20% (04) a mais de 20 anos. De acordo com Linhares (2012) o profissional atuante na educação infantil deve possuir uma formação adequada tendo consciência da importância que seu trabalho possui no processo de desenvolvimento humano. O autor considera adequada uma formação que vai além do magistério e da graduação em pedagogia, ela necessita de cursos de especialização, sendo eles de fácil acesso e dependendo do próprio interesse e dedicação ao trabalho por parte dos professores.

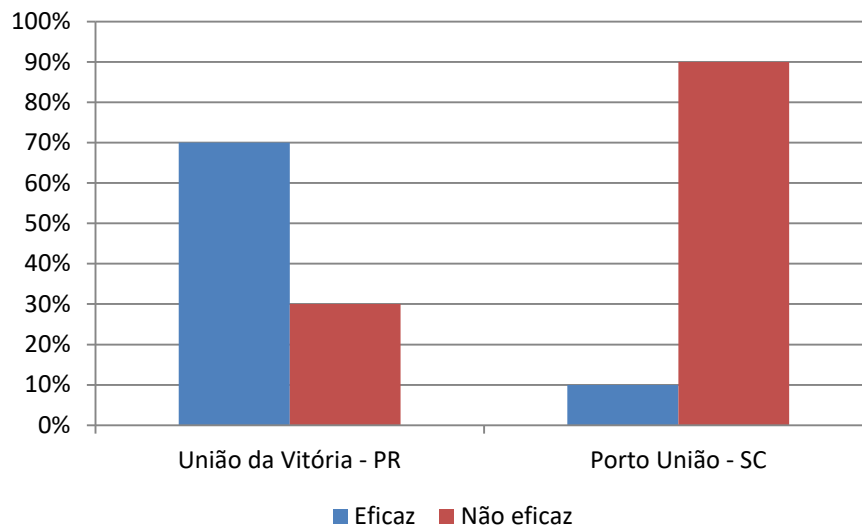
Conforme o Ministério da Educação e do Desporto (1998, p.41): Nessa perspectiva, faz-se necessário que estes profissionais, nas instituições de educação infantil, tenham ou venham a ter uma formação inicial sólida e consistente acompanhada de adequada e permanente atualização em serviço. Assim, o diálogo no interior da categoria tanto quanto os investimentos na carreira e formação do profissional pelas redes de ensino é hoje um desafio presente, com vista à profissionalização do docente de educação infantil. A partir dessa caracterização e sabendo da importância que há em uma boa formação dos profissionais, analisamos que os professores apresentam-se muito bem capacitados para atuar com a educação infantil, pois grande parte deles possui graduação em pedagogia e algum tipo de especialização na área, além disso, estão formados há um tempo significativo e atuam em um período considerável na educação infantil. Desta forma, podemos dizer que o trabalho de desenvolvimento e aprendizagem está sendo feito de forma satisfatória,

com profissionais comprometidos com seu trabalho e capazes de atender as necessidades dos alunos.

De acordo com as informações 100% (20) dos professores das duas cidades declaram que a ação corporal dos alunos é importante em suas atividades pedagógicas. Além disso, em outra análise, observamos que 65% (13) dos professores afirmam que o desenvolvimento motor sempre recebe a mesma atenção que as outras áreas e 35% (07) responderam quase sempre. Sendo assim, alcançamos respostas positivas em relação à relevância da motricidade na educação infantil, onde os profissionais demonstram-se preocupados em dar a devida atenção aos aspectos corporais de seus alunos, levando-os em consideração em suas atividades pedagógicas e igualando a atenção do desenvolvimento motor com as outras áreas de desenvolvimento.

As crianças permanecem um tempo significativo dentro de instituições de educação, a motricidade, assim como o cognitivo e o afetivo da criança, devendo ser estimulada e trabalhada de forma que proporcione a aprendizagem da criança, prevenindo dificuldades e déficits de desenvolvimento futuros. Silva (2016, p.12) assegura que “a liberdade de movimentos e a exploração do ambiente constituem aspectos fundamentais ao desenvolvimento infantil”. Iza e Mello (2009, p. 289) ainda afirmam: A mediação das professoras no desenvolvimento das atividades de movimento na Educação Infantil é de extrema importância e por isso devem ser planejadas, visando ao desenvolvimento das crianças pequenas, de maneira que tragam efetivamente benefícios à vida destas em sociedade.

Gráfico 01 - Eficiência das aulas de educação física na abordagem dos aspectos corporais

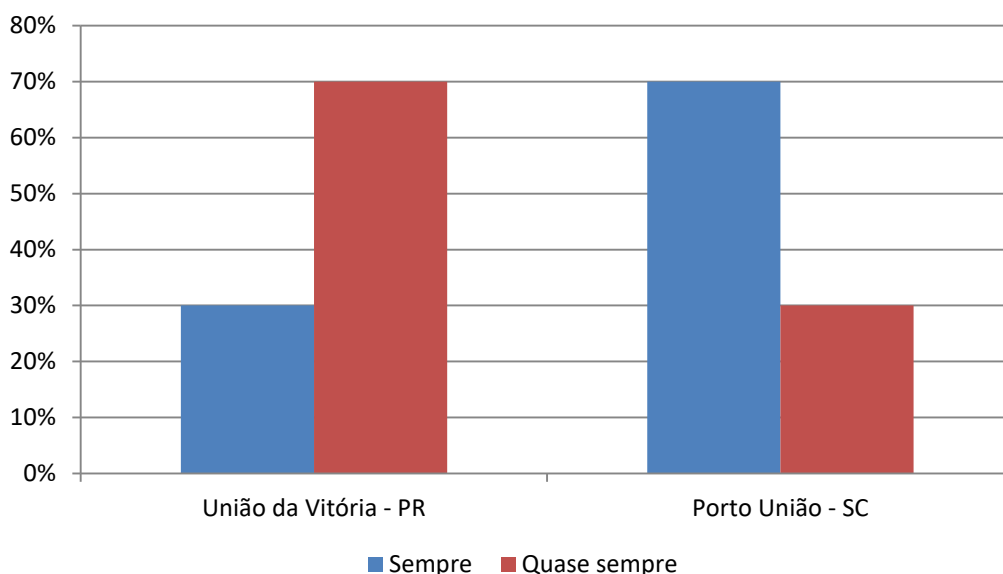


Fonte: Autoras da pesquisa (2017)

No gráfico 01 percebe-se que 70% (07) da amostra do município de União da Vitória afirmam que as aulas de educação física são eficazes e 30% (03) acham que não. Já em Porto União 10% (01) relatam ser eficaz e 90% (09) não. Nas instituições de União da Vitória o nível de satisfação com as aulas de educação física no trabalho com a motricidade se sobressai a Porto União, sendo assim, faz-se necessário haver um trabalho pedagógico envolvendo mais práticas corporais por parte dos professores regentes de turma de Porto União para suprir essa insatisfação, tentando adequar às necessidades das crianças.

Para que os alunos da pré-escola sejam sempre bem atendidos, recebam o aprendizado necessário e se desenvolvam de forma plena, é necessário que tanto os profissionais da educação física quanto os da área da pedagogia, estejam constantemente preocupados em promover o desenvolvimento cognitivo, motor, social e afetivo de seus alunos. Go Tani apud. Hottinger (1998) afirma que a área da pedagogia também deve dar a devida importância ao trabalho de desenvolvimento motor da criança, pois a estimulação desse domínio precisa ser muito acentuada do nascimento aos seis anos de idade, sendo que as experiências proporcionadas a elas nesta fase irão influenciar em sua personalidade e características das próximas fases de desenvolvimento.

Gráfico 02 - Frequência na utilização de práticas corporais



Fonte: Autoras da pesquisa (2017)

Segundo o gráfico 02, 70% (07) dos profissionais de União da Vitória afirmam realizar quase sempre práticas corporais e 30% (03) responderam sempre. Porto União, 30% (30) alegam utilizar quase sempre e 70% (07) sempre. É possível analisar que há uma utilização frequente das práticas corporais durante o cotidiano das instituições. Os momentos utilizados para trabalhar o desenvolvimento motor conforme os pesquisados, obteve as seguintes afirmações: “Conforme o planejamento tento encaixar no período da manhã e tarde, geralmente no início desses períodos”; “Procuro realizar diariamente atividades para desenvolver a área motora”; “A rotina da educação infantil possibilita sempre oportunidades de favorecimento da motricidade”; “Sempre associo com o tema que estou trabalhando, depois da atividade no papel, brincamos, realizamos jogos”; “Todo aula tem atividade livre direcionada ao correr, pular corda, parque...”; “Não há horário específico, pois dependendo do tema, posso trabalhar durante a aula.” Percebe-se que as atividades corporais fazem parte da rotina das instituições e são realizadas diariamente e em momentos variados pelos profissionais. Segundo os professores, o próprio planejamento de ensino da educação infantil propõe que sejam inclusos na rotina momentos para trabalhar o desenvolvimento motor dos alunos, sabendo que nesta fase o desenvolvimento da motricidade deve receber tanta atenção quanto as outras áreas. Existem diversas atividades corporais que abordam muito além dos aspectos motores, podendo ser

utilizadas como uma forma de ensino para conteúdos específicos, sabendo disso, verifica-se que a utilização pode ser influenciada pelo tema trabalhado durante aula, relacionando a prática com outras atividades realizadas.

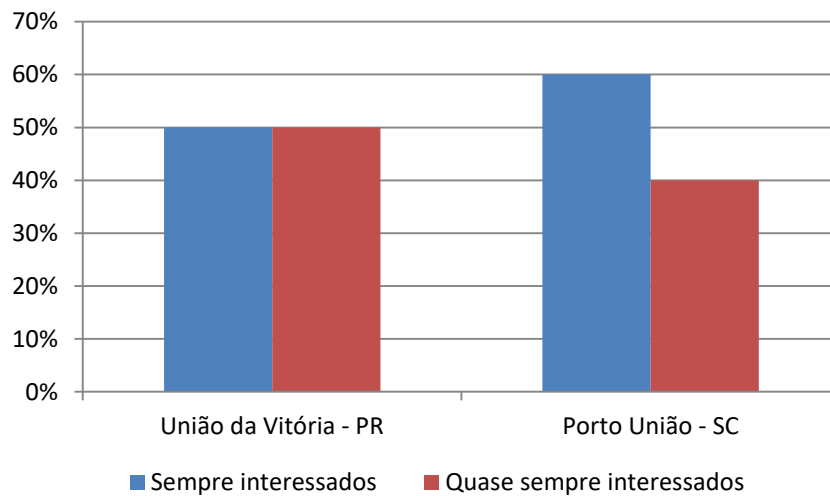
Percebe-se que as atividades são utilizadas como ferramentas de ensino-aprendizagem e como maneiras de proporcionar momentos de ludicidade aos alunos, visando tornar as instituições de educação infantil um ambiente além de educativo, prazeroso e divertido para as crianças. Interpretando o gráfico 03 e a tabela 01, notou-se que os professores estão cientes da importância de uma rotina bem dividida na educação infantil e que o tempo dedicado às práticas corporais e o desenvolvimento motor é satisfatório, utilizando-as sempre ou quase sempre, não havendo um horário ou momento específico do dia ou semana para serem trabalhados, mas sendo bem dividido com as outras áreas de desenvolvimento e oportunizando o movimento corporal das crianças.

Segundo o Ministério da Educação e do Desporto (1998), as brincadeiras em ambientes internos e externos estão inclusas nas atividades permanentes da educação infantil, sendo que essas devem ser realizadas com frequência diária ou semanal, dependendo do conteúdo que está sendo abordado e grupo de crianças envolvidas. Sayão (2002) afirma que o movimento do corpo, o brincar nas instituições de educação infantil deve ser uma ferramenta utilizada de forma constante e sempre presente no currículo e planejamento das escolas, pois a criança da pré-escola tem necessidade de se movimentar e utiliza isso como forma de desenvolvimento individual. Silva (2016 p.5) alega que “o brincar, enquanto promotor da aprendizagem, da capacidade e das potencialidades da criança, deve ser fundamental na prática da educação pedagógica, tendo como espaço privilegiado a sala de aula e as atividades de caráter lúdico.”. Ainda analisando os dados do gráfico 02, nota-se que os professores de Porto União utilizam com mais frequência práticas corporais em seu planejamento do que em União da Vitória, e como foi citado anteriormente, os professores consideram as aulas de educação física insuficientes para abordar aspectos corporais dos alunos, sendo assim, há uma preocupação por parte dos professores de Porto União em suprir essa carência de práticas corporais na própria rotina de atividades e atuação pedagógica. Além de verificar o tempo utilizado as

atividades motoras, buscou-se relatar quais são as práticas realizadas, e as mesmas são apresentadas no quadro a seguir.

As práticas corporais utilizadas no planejamento de ensino, os professores apresentaram como respostas “Dança, dramatização, mímicas, jogos imitativos”; “Dança da cadeira, viuvinha, lenço atrás, roda”; “Jogos, circuitos, dança, alongamento”; “Danças, jogos de competição, músicas com gestos corporais etc”; “Dança, pular corda, bambolê, circuitos etc”; “Dança, brincadeiras de gato e rato, dança da cadeira e lenço atrás”; “Morto vivo, estátua, dança das cadeiras”; “Dança, circuitos, brincadeiras de roda etc.” As atividades realizadas são muito semelhantes entre os pesquisados e visam principalmente a expressão corporal e o divertimento dos alunos, apresentando-se adequadas para a fase. A maioria dos professores utiliza brincadeiras tradicionais, brincadeiras de roda e atividades rítmicas como a dança, sem buscar propostas muito diferenciadas. Apesar das atividades relatadas serem eficientes, existem inúmeros jogos, brincadeiras e exercícios de fácil aplicação que podem ser utilizados por qualquer profissional da educação, inovando e tornando diferenciada a rotina das instituições, porém a utilização destas práticas depende inteiramente do interesse dos próprios professores. Rodrigues (1997) afirma que na pré-escola, as atividades apropriadas para trabalhar a corporeidade da criança devem incluir movimentos primários e secundários como andar, correr, girar e rolar; exercícios com bolas, arcos e cordas; atividades rítmicas, rodas cantadas e danças; jogos recreativos, entre outras.

Gráfico 03 - Nível de interesse dos alunos na utilização de práticas corporais



Fonte: Autoras da pesquisa (2017)

O gráfico 03 apresenta sobre o interesse dos alunos quando são utilizadas práticas corporais durante as atividades pedagógicas. 50% (05) dos pesquisados de União da Vitória afirmam que os alunos sempre demonstram interesse nas atividades e 50% (05) afirmam que quase sempre demonstram. Já em Porto União, 60% (06) da amostra afirma que os alunos sempre demonstram interesse e 40% (04) alegam que quase sempre. Foi possível relatar também que 100% (20) dos pesquisados acreditam que as práticas corporais são uma ferramenta eficiente para trabalhar o desenvolvimento pleno das crianças, abrangendo seus aspectos motores, cognitivos e sociais.

Desta forma, é possível analisar que a utilização das atividades corporais é satisfatória tanto para os professores quanto para os alunos, pois elas aumentam o interesse e produtividade das crianças durante as atividades pedagógicas, como relatam os pesquisados. Quando os alunos estão satisfeitos e demonstram-se interessados em suas ocupações, o andamento da aula e da própria rotina torna-se muito mais produtivo e harmônico, tanto por parte dos alunos quanto dos professores. Além disso, é dever do professor da educação infantil, buscar tarefas que desenvolvam os alunos em sua integridade, e através dos dados, pode-se analisar que os mesmos consideram as práticas corporais um ferramenta eficiente para alcançar este propósito, afirmando que as mesmas abordam o domínio motor, cognitivo e socioafetivo dos alunos.

Conforme Fonseca (2009), ao proporcionar experiências corporais às crianças, o desenvolvimento estará indo muito além do que apenas motor, através do movimento há uma evolução nos processos cognitivos. A combinação de estímulos exteriores com o sistema sensório-motor da criança irá proporcionar uma assimilação, adaptação e experiência que será uma forma de aprendizagem adequada para a fase. Candido (2014, p.13) complementa que “através dos jogos lúdicos, do brinquedo e da brincadeira, desenvolve-se a criatividade, a capacidade de tomar decisões e ajuda no desenvolvimento motor da criança, além destas razões, tornam as aulas mais atraentes para os alunos”. Uma instituição que inclui e considera importante a corporeidade de seus alunos, possui uma rotina mais dinâmica e lúdica, onde o processo de ensino-aprendizagem torna-se prazeroso e eficaz para todos os envolvidos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no problema e objetivos delimitados pelo estudo, foi possível chegar a diversas conclusões sobre o uso das práticas corporais em núcleos educacionais pré-escolares. Sabendo que o universo interno e externo da criança se baseia, principalmente, pela atividade lúdica, compreende-se a importância que a corporeidade possui para os alunos, necessitando serem estimulados e permitidos a movimentar-se a maior parte de seu tempo. A presente pesquisa possibilitou caracterizar os profissionais da pré-escola verificando vários aspectos, sendo que estes podem influenciar em seus métodos de ensino.

Concluiu-se que a maioria dos profissionais é do sexo feminino (95%) e possui uma média de idade de 36 anos, 40% deles atuam na educação infantil a menos de 5 anos, 30% entre 5 e 10 anos, 10% entre 10 e 20 anos e 20% a mais de 20 anos, estes dados possibilitaram criar um perfil dos profissionais envolvidos com a educação infantil: mulheres de meia idade e com experiência moderada na área. Uma das características mais importantes que podem influenciar no processo de ensino é a formação dos professores, 55% dos envolvidos na pesquisa possuem graduação em pedagogia e 70% possuem cursos de especialização. Para acontecer um trabalho efetivo de ensino, a formação dos profissionais deve ir além da graduação, é

necessário que haja aperfeiçoamentos na área. Com base nas referências e nos dados obtidos, é possível dizer que os professores estão aptos a atuar na educação infantil de uma forma eficiente, possuindo a formação e experiência necessárias.

A pesquisa buscou também verificar a importância que a motricidade dos alunos possui para os professores. 100% deles afirmam que a ação corporal da criança possui relevância no planejamento pedagógico, e 65% relata que o desenvolvimento motor recebe a mesma atenção que o desenvolvimento cognitivo e afetivo. O trabalho pedagógico na educação infantil deve ter uma preocupação constante com todas as áreas de desenvolvimento e com as características da fase. Além disso, crianças da pré-escola encontram-se em um período de grandes mudanças, principalmente motoras, desencadeando uma necessidade constante de realizar atividades corporais. As respostas podem ser consideradas muito favoráveis, pois os professores demonstraram-se preocupados com o desenvolvimento motor dos alunos, permitindo que possam se expressar por meio do movimento. Desenvolver os aspectos corporais dos alunos é dever de todos os profissionais, inclusive dos professores de educação física, porém, nem sempre as aulas são julgadas suficientes. 70% da amostra do município de União da Vitória considera suficiente o trabalho de desenvolvimento da motricidade nas aulas de educação física, já em Porto União apenas 10%.

Analisando esses dados, conclui-se que os professores de Porto União devem redobrar a atenção ao trabalho com experiências motoras, para que possam atender as necessidades dos alunos e promover um desenvolvimento pleno, além disso, essa insatisfação comprova a necessidade que há de todos os profissionais envolvidos na educação infantil de trabalhar atividades com o movimento corporal. Quanto ao tempo dedicado ao uso das práticas corporais na pré-escola, 70% dos profissionais de União da Vitória afirmam realizar quase sempre práticas corporais e 30% responderam sempre, já em Porto União, 30% alegam utilizar quase sempre e 70% sempre. Os momentos utilizados para trabalhar estas práticas variam de acordo com a instituição e professores, porém, elas fazem parte da rotina e estão inclusas no planejamento escolar da educação infantil, podendo ainda serem combinadas com os conteúdos trabalhados na aula. Através desses dados, verificou-se que o tempo dedicado à

corporeidade da criança é suficiente, oportunizando, sempre que possível, experiências motoras. Notou-se uma grande semelhança de atividades corporais utilizadas pelos professores, sendo que a maioria relatou trabalhar com atividades expressivas, jogos, brincadeiras tradicionais, circuitos motores, entre outras.

Levando em consideração que quanto mais experiências motoras a criança é exposta melhor ela se desenvolve, é possível afirmar que as práticas realizadas pelos professores são satisfatórias, apesar de não serem muito diferenciadas, possibilitam o desenvolvimento do corpo, das capacidades físicas, de consciência corporal e outras diversas competências relacionadas à motricidade. Sobre a satisfação dos professores e alunos na utilização das práticas corporais, 50% dos pesquisados de União da Vitória afirmam que os alunos sempre demonstram interesse nas atividades envolvendo exercícios corporais e em Porto União 60%. Na visão dos professores, ficam satisfeitos com as aulas quando têm a possibilidade de se movimentar, e isto torna a rotina muito mais prazerosa e o ensino mais eficiente. Um trabalho satisfatório na educação infantil é quando a criança é estimulada em sua integridade, 100% dos professores acreditam que as práticas corporais podem proporcionar desenvolvimento pleno dos alunos, abrangendo os aspectos motores, cognitivos e afetivos. Quanto às diferenças encontradas em municípios diferentes, foi possível perceber que a insatisfação com as aulas de educação física por parte dos professores da área de pedagogia de Porto União, desencadeiam uma maior preocupação em inserir atividades corporais em seu planejamento. As práticas e o tempo dedicado a elas não demonstram diferenças significativas entre os municípios, notando que elas variam de acordo com as características e métodos dos professores em si e não entre as escolas de municípios diferentes. Importar-se com as ferramentas de ensino na pré-escola, deve ser uma preocupação constante para aqueles envolvidos com a educação, pois a forma de aprendizado nessa fase vai influenciar muito em todas as próximas etapas, tanto da vida escolar quanto seu crescimento individual.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, C. Jogos para a estimulação das inteligências múltiplas. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

APOLO, A. A criança e o adolescente no esporte: como deveria ser. São Paulo: Phorte, 2007.

BRASIL. Decreto-Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996.

BRASIL, Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Parâmetros nacionais de qualidade para educação infantil. Brasília: MEC, 2006.

BRASIL, Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Referencial curricular nacional para educação infantil. Brasília: MEC/SEF, 1998.

CAMPOS, J.; OLIVEIRA, V. S.; CRISTO, L. M. Jogos e brincadeiras na educação infantil. Revista Scientific Magazine, 1992. Disponível em: <<http://scientificmagazine.net/artigos%20PDF/JOGOS%20E%20BRINCADEIRAS%20NA%20EDUCA%C7%C3O%20INFANTIL.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2017.

CANDIDO, S. V. Jogos e brincadeiras na educação infantil. TCC (Graduação) – Curso de Pedagogia, Universidade Estadual da Paraíba, Monteiro, 2014. Disponível em <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/9922>>. Acesso em: 22 out. 2017.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, B.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. Inf. & Soc.:Est., João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014. Disponível em: <<http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/10000>>. Acesso em: 22 out. 2017.

CÓRIA-SABINI, M.A.; LUCENA, R. F. Jogos e brincadeiras na educação infantil. Papyrus Editora, 2004. Disponível em <https://books.google.com.br/books/about/Jogos_E_Brincadeiras_Na_Educa%C3%A7%C3%A3o_Infan.html?hl=pt-br&id=v2J0GsKT_K0C&redir_esc=y>. Acesso em 22 out. 2017.

ECKERT, H. M. Desenvolvimento motor. São Paulo: Manole, 1993. ESTADO DE SANTA CATARINA. Plano de Estadual de Educação. Florianópolis, 2015.

FARIA, A.L.G.; PALHARES, M. Educação infantil pós-LDB: Rumos e desafios 4ª ed. Campinas-SP: Autores Associados, 2003.

FERREIRA, C.A.M.; HEINSIUS, A.M.; BARROS, D.R. Psicomotricidade escolar. Rio de Janeiro: Wak Ed., 2008.

FREIRE, J.B. Educação de corpo inteiro: Teoria e prática da educação física. São Paulo: Scipione, 1997.

FRIEDMAN, A. O brincar na educação infantil: Observação, adequação e inclusão, 1ª ed. São Paulo: Moderna, 2012.

FERRAZ, B. et al. Cinco entrevistas essenciais para educadores. Rev. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, São Paulo, 2016. Disponível em <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/acervo-digital/Paginas/Cinco-EntrevistasEssenciaisPara-Educadores.aspx>. Acesso em 31 mai. 2017.

FONSECA, V. Psicomotricidade: filogênese, ontogênese e retrogênese. 3ed. Rio de Janeiro: Wak editora, 2009.

GALLAHUE, D.L. OZMUN, J. C. Compreendendo o desenvolvimento motor: Bebês, crianças, adolescentes e adultos, 3ª ed. São Paulo: Phorte, 2005.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

GO TANI et al. Educação física: Fundamentos de uma abordagem desenvolvimentista. São Paulo: EPU, 1988.

GONÇALVES, F. Psicomotricidade e educação física: Quem quer brincar põe o dedo aqui. A utilização das linguagens do movimento como suporte na formação psicomotora de crianças da Educação Infantil e Fundamental I. São Paulo: Cultural RBL, 2001.

GONÇALVES, M. A. S. Sentir, pensar, agir: Corporeidade e educação. Campinas: Papirus, 1994.

GALVÃO, I. Henri Wallon. Uma concepção dialética do desenvolvimento infantil. 9.ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

IZA, D. F. V., MELLO, M. A. Quietas e Caladas: as atividades de movimento com as crianças na educação infantil. Belo Horizonte: Educação em Revista, vol. 25, n.02, p. 283-302, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010246982009000200013&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 01 de maio de 2017.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Fundamentos de metodologia. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LE BOULCH, J. Educação psicomotora: Psicocinética na idade escolar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

LUSSAC, R. M. P. *Psicomotricidade: História, desenvolvimento, conceitos, definições e intervenção profissional*. Buenos Aires, 2008. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/> Revista Digital Nº 126. Acesso em 06 de abril de 2017.

MALUF, A. C. M. *Atividades lúdicas para educação infantil: Conceitos, orientações e práticas*. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

MANNING, S. A. *O desenvolvimento da criança e do adolescente: Guia básico para auto-instrução*. São Paulo: Cultrix, 1997.

MELLO, A. L. *Psicomotricidade, educação física e jogos*. São Paulo: IBRASA, 1989.

NICOLA, M. *Psicomotricidade: MANUAL BÁSICO 2ª ed.* Rio de Janeiro: Revinter, 2013.

OLIVEIRA, G.C. *Psicomotricidade: Educação e reeducação num enfoque psicopedagógico, 20ª ed.* Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S.W. *Desenvolvimento Humano. 7ª ed.* Porto Alegre: ARTMED, 2000.

PIAGET, J. *A epistemologia genética*. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

RODRIGUES, M. *Manual teórico-prático de educação física infantil. 6ed.* São Paulo: Ícone, 1997.

RODRIGUES, M. A. C. *Psicologia Infantil: a independência da criança pré-escolar*. São Paulo: EDICON, 1985.

ROSA NETO, F. *Manual de avaliação motora*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ROSSI, F. S. *Considerações sobre a psicomotricidade na educação infantil*. Minas Gerais: Revista Vozes dos Vales Nº 01 – Ano I, 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE CURITIBA. *Referenciais para estudo e planejamento na educação infantil – Modalidades Organizativas do tempo didático*. Curitiba, 2010.

SAYÃO, D. T. *Corpo e movimento: notas para problematizar algumas questões relacionadas à educação infantil e à educação física*. Ver. Bras. Cienc. Esporte, Campinas, v. 23, n. 2, p. 55-67, jan. 2002. Disponível em <http://portfolio.unisinos.br/OA12/pdf/debora_artigo.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2017.

SILVA, G. S. *O desenvolvimento psicomotor na educação infantil*. Monografia (Especialização em psicomotricidade) Universidade Candido Mendes, Rio de Janeiro, 2010.

Revista Renovare de Saúde e Meio Ambiente – Ano 5 – Volume 2 – União da Vitória – Paraná.
De Julho a Setembro de 2018. ISSN: 2359-3326.

SILVA, M. G. A importância do brincar na educação infantil. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Marcelino Vieira, 2016. Disponível em <<https://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/2774>>. Acesso em: 22 out. 2017.

SOUZA, A. V.; ILKIU, G. S. M. Manual de normas técnicas para trabalhos acadêmicos. Unidade de Ensino Superior Vale do Iguaçu. União da Vitória: Kaygangue, 2016.

VILAÇA, M. L. C. Pesquisa e ensino: Considerações e reflexões, volume 1. Revista E-escrita: 2010.

ASPECTOS SIMILARES ENTRE O CONCEITO DE 'EU' PARA A PSICOLOGIA E NEUROCIÊNCIA

Maria Helena Bortolozzo Gleich¹
Guidie Rucinski²

RESUMO: O presente artigo objetiva-se a explorar a conceituação do 'eu' articulando estudos neurocientíficos sobre tal conceito, com teorias advindas de três abordagens da Psicologia: a Psicanálise, com o autor Freud, o Behaviorismo Radical, representado pelo autor Skinner, e a Abordagem Fenomenológica, mais propriamente a Gestalt-terapia, representada pelos autores Granzotto e Granzotto. Objetiva-se com isso demonstrar como essas duas áreas de conhecimento podem se articular na definição de conceitos fundamentais, como a noção de 'eu'. Para isso, o método de tal pesquisa é dedutivo, a mesma se enquadra como básica, exploratória, qualitativa e de cunho bibliográfico. Portanto, apresenta-se uma conceituação geral do objeto de estudo: o 'eu', posteriormente aborda-se sobre o campo da Neurociência e como essa área define o conceito aqui enfatizado, onde tal definição encontra-se permeada pela noção do 'eu' como uma ilusão criada pela mente, não como uma instância unificada e central na hierarquia cerebral. Destaca-se como alguns fenômenos neurológicos podem ser importantes para sustentar a noção de 'eu' para a Neurociência, onde mediante a algumas lesões cerebrais, existe modificação no 'eu' do indivíduo. Posteriormente, realiza-se um articulação das similaridades na conceituação do 'eu' para a Psicologia e Neurociência, seguida das considerações finais sobre tal pesquisa, onde pode-se concluir que a Psicologia e a Neurociência apresentam similaridades no que se refere ao fato do 'eu' estar em constante modificação, inclusive sobre a existência de 'eus' múltiplos, não centralizados ou unificados.

PALAVRA-CHAVE: psicologia, neurociência, eu, cérebro.

ABSTRACT: This article aims to explore the concept of 'self' articulating neuroscientific studies on this field with theories from three approaches of Psychology: Psychoanalysis, with the author Freud, Radical Behaviorism, represented by author Skinner, and the Phenomenological Approach, more properly Gestalt-therapy, represented by the authors Granzotto and Granzotto. It aims to demonstrate how these two fields of knowledge can be articulated to define fundamental concepts, such as the notion of 'self'. So, the method of such research is deductive, it is classified as basic research, exploratory, qualitative and bibliographical. Therefore, some general conceptualizations of the object of study is presented. Later it is approached about the field of Neuroscience and how this area defines the concept emphasized here, where this definition is permeated by the notion of 'self' as an illusion created by the mind, not as a unified and central instance in the cerebral hierarchy. After that, it is highlighted how some neurological phenomena's may be important to support the notion of 'self' to Neuroscience, where it is emphasized that after some brain lesions, there is modification in the 'self' of the individual. Subsequently, an articulation of the similarities in the conceptualization of the 'self' to Psychology and Neuroscience is discussed, followed by the final considerations on such research, where it can be concluded that Psychology and Neuroscience present similarities in what refers to the fact that the 'self' is in constant change, as well on the existence of multiple 'selves' that are not centralized or unified.

KEYWORDS: psychology, neuroscience, self, brain.

¹ Acadêmica do décimo período do curso de Psicologia das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu (Uniguaçu).

² Psicóloga, professora e supervisora de estágio do curso de Psicologia das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu (Uniguaçu).

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como intuito a exploração da conceituação do ‘eu’ através da articulação de estudos neurocientíficos e o que os mesmos demonstram sobre tal conceito, com teorias advindas de três abordagens da Psicologia: a Psicanálise, com o autor Freud, o Behaviorismo Radical, representado pelo autor Skinner, e a Abordagem Fenomenológica, mais propriamente a Gestalt-terapia, com os autores Granzotto e Granzotto.

Diversos autores da Psicologia demonstram hipóteses sobre o conceito de ‘eu’, onde é possível citar Freud, que Segundo Campos e Winograd (2010), em meados de 1980 à 1990, modificou sua concepção de ‘eu’ que até então era considerada pelo mesmo como uma instância unificada, permanente e sendo correlacionado à personalidade e à consciência humana.

Se faz possível fomentar a conceituação através de estudos originados no campo da Neurociência. Como enfatiza Ribeiro (2013), desde que nos Estados Unidos houve a consagração da década de 1990 como a década do cérebro, houve um aumento de pesquisas nessa área e um interesse por questões relacionadas ao sistema nervoso em todo o mundo. A Neurociência é uma área que tem evoluído com o desenvolvimento de mecanismos que possibilitam a observação do cérebro de maneira dinâmica, permitindo assim uma análise neurofisiológica do conceito de ‘eu’.

Portanto, a presente pesquisa tem por objetivo demonstrar como é possível articular essas duas áreas de conhecimento na definição de um conceito fundamental, como a noção do ‘eu’. Para tanto, o presente artigo ira abranger a fundamentação teórica que a ensejou, as considerações finais e as referências utilizadas em todo o processo.

A opção por trabalhar com essa temática se deu devido ao fato de tal conceito ser um aspecto central, não apenas para a Psicologia e para estudos da arquitetura cerebral, mas para toda estrutura dos indivíduos. Como apontam Macedo e Silveira (2012), o conceito de ‘eu’ é relativamente recente, mas desde tempos remotos o homem busca a compreensão desse algo em seu interior.

Pelo motivo do ‘eu’ ser um ponto de referência que permeia a vida dos sujeitos de maneira abrangente, estudar como duas vertentes podem trabalhar em paralelo em tal definição pode proporcionar subsídios para conceituações assertivas, podendo também contribuir no apontamento da eficácia de articular ambas as áreas de conhecimento em pesquisas.

Esse é o contexto que faz surgir a questão que permeia essa investigação: os estudos neurocientíficos sobre a noção de ‘eu’ apresentam similaridades com estudos da Psicologia sobre tal conceito? A hipótese levantada na temática da pesquisa é que se faz possível articular os dois campos de saberes científicos na construção de definições de ‘eu’ similares para ambos.

Para isso, o objetivo geral de tal pesquisa é identificar os aspectos similares na conceituação do ‘eu’ para Neurociência e Psicologia de modo que vise articular esses dois campos de estudo. Sendo objetivos específicos os seguintes: definir de maneira geral o objeto de estudo: o ‘eu’; identificar o conceito de ‘eu’ apresentado por alguns teóricos da Psicologia; identificar o conceito de ‘eu’ definido por estudos neurocientíficos já realizados nessa temática; abordar sobre fenômenos neurológicos que envolvem o ‘eu’; realizar um paralelo entre as definições consensuais do conceito de ‘eu’ para a Psicologia e Neurociência.

2 MÉTODO

A metodologia utilizada em tal pesquisa é composta pelo método dedutivo, o qual Gil (1991) aponta ser um método racionalista, onde a razão é a única forma de chegar ao conhecimento. Enquanto que do ponto de vista da natureza da pesquisa, a mesma se enquadra como básica, como demonstram Gerhardt e Silveira (2009), objetivando-se a gerar conhecimentos novos que permitam o avanço da Ciência, sem uma aplicação prática anterior, envolvendo interesses de cunho universal. A pesquisa se enquadrará como exploratória em seus objetivos. Como enfatizam os autores supracitados, esse tipo de pesquisa objetiva-se a disponibilizar familiaridade com o objeto de estudo, tornando o problema mais explícito e passível de constituição de hipóteses.

Será utilizado o processo de seleção qualitativo na abordagem do problema, onde Gerhardt e Silveira (2009) apontam que é um método que busca explicar o porque de determinados fatores sem quantificar valores e sem se submeter à prova dos fatos, pois os dados que estão em análise não são possíveis de serem mensurados.

A pesquisa se desenvolverá sob cunho bibliográfico nos procedimentos técnicos, sendo tal forma de pesquisa definida no artigo de Lima e Mioto (2007), como uma forma metodológica que pode auxiliar o pesquisador em encontrar e buscar soluções para os problemas demonstrados em sua pesquisa.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 CONCEITUAÇÃO GERAL DO OBJETO DE ESTUDO: O 'EU'

Visando proporcionar ao leitor uma melhor familiaridade com o conceito a ser estudado, faz-se necessário norteá-lo sobre as definições gerais do conceito de 'eu', sendo as definições citadas nesse ponto conceituações abrangentes, muitas vezes inclusive divergentes entre si sobre tal aspecto.

O eu, self ou ego (nomenclatura para definir o 'eu' dependendo dos autores escolhidos) pode apresentar portanto diversas definições. Feinberg e Keenan (2005 *apud* Kant, 1798) alegam que Kant acreditava na existência de um 'eu' localizado primordialmente na hierarquia cerebral e que o mesmo era unificado.

Macedo e Silveira (2012 *apud* Gazzaniga; Heatherton, 2003) enfatizam que a definição de tal conceito inclui o corpo físico do indivíduo, processos de pensamento e a experiência consciente de ser único e diferente dos demais, envolvendo uma representação mental de experiências individuais e pessoais. Tais autores ainda apontam alguns fatores ligados à definição do 'eu': a identidade e sentir-se o mesmo apesar das mudanças decorridas; sentir-se único; a díade entre ser quem constrói o mundo ou ser construído por ele. Portanto, o 'eu' para os autores supracitados é um conceito que engloba a individualidade do sujeito, seu ser e estar no mundo representado de maneira única.

É possível citar a existência de três crenças referentes ao 'eu'. Fisher e colaboradores (2013, tradução nossa) fundamentam que a primeira é que as pessoas enxergam elas mesmas como imutáveis e continuas, onde apesar de toda mudança, existe uma constância que faz o 'eu' de hoje ser a mesma pessoa que era a cinco anos atrás e que será daqui cinco anos no futuro. A segunda é a crença de que as pessoas enxergam a si mesmas como uma unificação, onde o mundo se apresenta como um aglomerado de sons, cheiros e imagens mentais e o 'eu' integra tais aspectos em uma união. A terceira é a crença de que o 'eu' é atuante, onde pensa e atua de maneira independente.

Enquanto que Bond e colaboradores (2016, tradução nossa) relatam que o 'eu' é um constructo composto por múltiplos componentes, que engloba diversas operações cognitivas. Tais quais envolvem a manutenção da percepção e concepção das barreiras entre o que faz parte do 'eu' e o que não faz parte dele, a internalização de uma autoimagem apropriada e atualização dessa autoimagem conforme as experiências vivenciadas.

Portanto, é possível perceber que existe uma abrangente gama de definições para o que compõe o 'eu' de maneira generalizada, porém pode-se resumir que a concepção geral atribuída para tal conceito é que o eu é uma instância unificada, quem se mantém estável no decorrer da vida. Tal definição será questionada posteriormente através da articulação de estudos da Psicologia com estudos da Neurociência sobre tal conceito.

3.2 NEUROCIÊNCIA

Optou-se pela articulação da Psicologia com a área da Neurociência para fomentar uma conceituação do objeto de estudo dessa pesquisa. Para tanto, será realizada uma definição básica sobre tal área de conhecimento. Sendo assim, a Neurociência é uma área que, segundo Britto e Baldo (2007), possui pouco mais de três décadas como uma área de atuação reconhecida. Nela associam-se disciplinas

como a anatomia, bioquímica, histologia, farmacologia, fisiologia, psiquiatria e neurologia.

Para os autores, a Neurociência produziu avanços científicos abrangentes sobre o conhecimento do sistema nervoso, grande parte disso se deve aos avanços nanotecnológicos. Devido a tais avanços, a década de 1990 e 2000 ficou conhecida como “Década do Cérebro”, conforme designação do Congresso Norte-americano.

Como os autores supracitados enfatizam, diversos transtornos psiquiátricos e neurológicos podem ser investigados pela Neurociência, alguns destes podem incluir patologias que envolvem o ‘eu’ e a personalidade dos indivíduos acometidos. Portanto, a Neurociência é um campo que permite a investigação não só do sistema nervoso central, como também de patologias a ele subjacentes.

3.3 DEFINIÇÃO DO CONCEITO DE ‘EU’ PARA NEUROCIÊNCIA

No que se refere à definição do ‘eu’ para a Neurociência, a noção da existência de um ‘eu’ unificado no cérebro humano é difícil de ser comprovada em termos neurológicos, primeiramente porque, como relata Feinberg e Keenan (2005, tradução nossa), apesar do fato de os seres humanos experienciarem a si mesmos como seres unificados, o cérebro humano é na verdade composto por milhares de neurônios individuais.

Enfatizando o fato de que não existe um “centro” onde reside o ‘eu’ no cérebro de maneira unificada, Feinberg e Keenan (2005, tradução nossa) ainda relatam que a existência de um substrato neural em que o ‘eu’ se unifica e converge em um lugar específico do cérebro, assim como, que o ‘eu’ emerge no topo da hierárquica neural não pode ser comprovado. Estudos demonstram que a vontade não surge da parte mais alta da hierarquia cerebral, mas sim é distribuída em várias hierarquias.

Enquanto que Hanson (2015) aponta para o fato do ‘eu’ ser impermanente, sendo construído e desconstruído o tempo todo, dependendo dos circuitos neurais envolvidos. Os padrões de informação e atividade neural são reais, porém o ‘eu’ que domina as ações e experiências de forma unificada, permanente e independente não

existe, pois no cérebro as atividades relacionadas à ele são sempre passageiras, assim como, são distribuídas e somente às vezes combinadas.

Observa-se que a definição neurocientífica do ‘eu’ o trata como uma ilusão, como enfatiza Fisher (2013, tradução nossa), onde diversos fatores cerebrais e intrínsecos são construções elaboradas criadas pela própria mente. Sendo o ‘eu’ uma parte dessa ilusão, que se assemelha ao livre arbítrio, outra característica atualmente considerada como tal. O autor ainda enfatiza que apesar de que o ser humano acredite que o livre arbítrio e o ‘eu’ são ilusões mentais, a experiência subjetiva de cada um atua de forma que os façam continuar atuando e sentindo como se possuíssem um ‘eu’ unificado e estável.

Portanto, como aponta Baggini (2012, tradução nossa), não existe no cérebro algo como um centro de controle que torne possível a existência de um ‘eu’, não existe um centro onde tudo ocorre. Existem diversos processos no cérebro que operam de maneira independente, mas devido à forma como interagem, cria-se a sensação de um ‘eu’ que faz com que exista a impressão de unificação.

3.4 FENÔMENOS NEUROLÓGICOS QUE ENVOLVEM O ‘EU’

Para enfatizar os aspectos neurocientíficos que apontam que o ‘eu’ apresenta-se em constante modificação na estrutura cerebral, podem ser utilizadas demonstrações de patologias neurológicas que desencadearam a modificação do ‘eu’. Hood (2012, tradução nossa) enfatiza que uma das evidências mais eficazes de que o ‘eu’ está atrelado ao cérebro vêm de casos de indivíduos que sofreram algum tipo de dano cerebral, onde uma mudança brusca na personalidade ocorreu e eles se tornaram praticamente “outra pessoa”.

Como aponta Hood (2012, tradução nossa), seja por acidente ou devido a patologias, esses estudos demonstram que quando o cérebro é danificado ou modificado, a pessoa apresenta respostas comportamentais, sociais e emocionais diferentes do usual. Indicando que apesar de o ‘eu’ estar localizado no cérebro, ele é passível de modificação frente a lesões ou patologias neuropsiquiátricas.

Alguns fenômenos neurológicos que envolvem a modificação da estrutura do ‘eu’ são: Transtornos Dissociativos, “dissolução” do eu induzida por drogas, doenças neurodegenerativas como o Alzheimer e a Síndrome de Wernicke-Korsakoff, o famoso caso do Phineas Gage e demais casos de danos à estrutura cerebral, a Síndrome de Cotard e Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC).

3.5 ASPECTOS SIMILARES ENTRE O CONCEITO DE “EU” PARA A NEUROCIÊNCIA E PSICOLOGIA

É possível então demonstrar os aspectos que encontram-se similares na conceituação do ‘eu’ para a Psicologia e para a Neurociência. Em consonância com a teoria neurocientífica de que o ‘eu’ apresenta-se impermanente, construído e desconstruído o tempo todo na arquitetura cerebral, encontra-se a teoria freudiana da Psicanálise. Como cita Fink (1998), o sujeito freudiano não é algo substancial, não possui substrato ou permanência no tempo.

Segundo Campos e Winograd (2010), no desenvolvimento teórico de Freud o mesmo cita que o ‘eu’ possui partes que conversam entre si, opondo-se umas às outras, julgando-se criticamente e tomando-se como objeto. Apresentando então similaridade com a abordagem neurocientífica que aponta para a não existência de um ‘eu’ unificado ou centralizado.

No que se refere à definição do ‘eu’ para a segunda abordagem da Psicologia, Skinner (1953) enfatizava a ideia de ‘eus’ múltiplos, em consonância com a teoria freudiana e com os estudos neurocientíficos. Para tal autor behaviorista radical, o ‘eu’ apresenta-se em mutação dependendo de variáveis ambientais e situacionais. Como enfatiza Dentello (2009), o ‘eu’ para Skinner é um modo de ação comum que pode mostrar-se distinto em diferentes situações e determinado por variados estímulos discriminativos ou fatores.

Já para a Gestalt-terapia, dentro da Abordagem Fenomenológica, a concepção de ‘eu’ aponta para a não existência de uma unificação do ‘eu’ em um lugar específico do cérebro, assim como para o fato do ‘eu’ não ser permanente, em concordância com as teorias neurocientíficas. Onde Granzotto e Granzotto (2004) apontam que a Gestalt

não teoriza a existência de um ‘eu’ profundo, qual se mantém o mesmo independente dos eventos contingentes que é submetido.

Granzotto e Granzotto (2004) ainda enfatizam que o ‘eu’ é marcado pela destruição de formas antigas e assimilação de formas novas, sendo esse fator o que permite ao organismo experimentar a si mesmo como alguém que está integrado ao meio em que se insere. Apresentando, portanto similaridades com os estudos neurocientíficos que apontam o ‘eu’ como algo em constante modificação.

Portanto, por meio dos autores da Psicologia enfatizados é possível concluir que o ‘eu’ não é algo que nasce com o indivíduo e permanece o mesmo até o instante de sua morte. Não atua como algo unificado e permanente, mas sim apresenta dimensões dinâmicas e mutáveis, que muitas vezes se opõem e divergem entre si. A ideia que a Psicologia repassa de ‘eu’ é de algo múltiplo, que encontra-se em constante mutação e está correlacionado de forma expansiva com o ambiente que se insere.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Psicologia apresenta concepções em comum com os estudos neurocientíficos na temática do ‘eu’, apontando para o fato de que o ‘eu’ é possivelmente muito mais uma instância dinamicamente construída momentaneamente do que uma instância fixa. É possível concluir que a Psicologia e a Neurociência apresentam aspectos similares no que se refere ao fato do ‘eu’ estar em constante modificação, inclusive sobre a existência de ‘eus’ múltiplos, não centralizados ou unificados na hierarquia cerebral.

Ademais, as definições de ‘eu’ para Psicologia e para Neurociência discordam de algumas concepções gerais de tal conceito, como as enfatizadas previamente nessa pesquisa, quais abordam o ‘eu’ como uma instância unificada, quem se mantém estável no decorrer da vida.

Como enfatiza Dentello (2009), algumas vertentes da Psicologia não utilizam o ‘eu’ como objeto de estudo, como por exemplo o Behaviorismo Metodológico, porém

as vertentes supracitadas apontam para um possível ponto de união entre o campo da Neurociência e da Psicologia na definição de tal conceito, mostrando como esses dois campos de estudo podem se unir para subsidiar conceitos fundamentais da mente humana.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, F.; WINOGRAD, M. Eu sou meu corpo: o conceito de eu em Freud e de self em Damásio. Rev. Natureza Humana, jan-jun. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302010000100005> Acesso em: ago.2018.

BAGGINI, J. The Ego Trick. Tradução: da autora. Granta Books, 2012.

BOND, R. (Org). et. al. Processing of Self versus Non-self in Alzheimer's Disease. Tradução: da autora. Rev. Front. Hum. Neurosci, mar.2016.

BRITTO, L.; BALDO, M. Pensando o futuro da neurociência. Rev. USP, São Paulo, set/nov. 2007. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/viewFile/13618/15436>> Acesso em: mai.2018.

DENTELLO, F. Análise do conceito de eu em James e Skinner. Dissertação (Mestrado) – Psicologia Experimental, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

DIAMOND, A.; AMSO, D. Contributions of Neuroscience to Our Understanding of Cognitive Development. Tradução: da autora. Rev. Curr Dir Psychol Sci, 2008. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2366939/>>. Acesso em: mar.2018.

FEINBERG, T.; KEENAN, J. Where in the brain is the self? Tradução: da autora. Rev. PubMed, Rockville Pike, dez. 2005. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16325140>>. Acesso em set.2017.

FINK, B. O Sujeito Lacaniano: entre a linguagem e o gozo. Zahar: 1998.

FISHER, R. The great illusion of self. Tradução: da autora. Rev. New Scientist, fev. 2013. Disponível em <<http://www.bushwalkingholidays.com.au/pdf/NS-Self.pdf>>. Acesso em: nov.2017.

FONSECA, J. Metodologia da pesquisa científica. Ceará: Universidade Estadual do Ceará, 2002.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T.(Orgs); Métodos de Pesquisa. Secretaria de Educação a distância. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; Ed. UFRGS; 2009.

GIL, A. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1991.

GRANZOTTO, R. L.; GRANZOTTO, M. J. M. Self e temporalidade. Rev. [IGT na Rede](#), Rio de Janeiro, 2004. Disponível em <<http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=34&layout=htm>> Acesso em: nov.2017.

HANSON, R. O cérebro de Buda. Alaúde: São Paulo, 2015.

HOOD, B. **The self illusion: how the social brain creates the identity.** Tradução da autora. Oxford University Press: USA, 2012.

LIMA, T.; MIOTO, R. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v.10 n.spe. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300004>. Acesso em: nov.2017.

MACEDO, L.; SILVEIRA, A. Self: um conceito em desenvolvimento. **Rev. Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v.22 n.52 maio/agost. 2012. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2012000200014>. Acesso em: nov.2017.

NAVES, J.; CARNEIRO, T. O Eu na obra de Freud e a corporalidade. **Rev. Psicol. USP**, São Paulo, v.18 n.3, julho/setem. 2007.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642007000300003> Acesso em: nov.2017.

RIBEIRO, S. Tempo de Cérebro. **Rev. Estud. av**, São Paulo, v.27 n.77, 2013.

Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n77/v27n77a02.pdf>>. Acesso em: set.2017.

SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano.** Brasília: Ed. UnB/ FUNBEC, (1953), 1970.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Métodos de Pesquisa.** 1 ed. Rio Grande do Sul: Editora da UFRGS, 2009.

ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DIANTE DAS PRÁTICAS E COMPETÊNCIAS NOS CUIDADOS DA UTI – UMA REVISÃO DE LITERATURA

Giancarla miranda dos Anjos¹
Loreni Maria Rosenscheg²
Marly Terezinha Della Latta³
Ana Paula Hupalo Sosa⁴
Andrey Portela⁵

Resumo: O estudo proposto diante de sua temática possibilita retratar que a assistência de enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), faz com que a mesma, avalie, sistematize e decida de maneira objetiva em razão ao tratamento direcionado ao paciente na UTI, os recursos humanos, físicos e materiais que possuam maior eficácia nos cuidados dos pacientes. Dessa forma, em relação a esta afirmativa surgem muitos paradigmas e desafios para a enfermagem na UTI. Nesse sentido, a pergunta problema que foi evidenciada no estudo se apresenta na seguinte formulação: “Como superar os paradigmas e desafios que se apresentam a enfermagem diante da assistência aos pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs)”? Os procedimentos metodológicos do estudo foram caracterizados pela pesquisa bibliográfica, pesquisa descritiva e pesquisa exploratória. Por fim, os resultados encontrados durante a pesquisa, demonstram que a assistência de enfermagem possui um rol de atividades de alta complexidade, atendendo pacientes com alterações hemodinâmicas importantíssimas, as quais requerem práticas e competências específicas, demonstrando que dentre tantas tarefas, fatores e atividades que a enfermagem se envolve na UTI, o compromisso da mesma é proporcionar cuidados que resultem na melhora de sua qualidade de vida.

Palavras-chave: UTI. Enfermagem. Desafios. Paciente. Assistência.

Abstract: The study proposed in view of its theme makes it possible to portray that nursing care in Intensive Care Units (ICUs) causes the nursing team to evaluate, systematize and decide objectively due to the treatment directed to the patient in the ICU. Human, physical and material resources that have greater effectiveness in the care of this same patient. Thus, in relation to this assertion many paradigms and challenges emerge for nursing in the ICU. In this sense, the problem question that was evidenced in the study is presented in the following formulation: “How to overcome the paradigms and challenges presented by nursing in the care of patients in Intensive Care Units (ICUs)”? The methodological procedures of the study were characterized by bibliographic research, descriptive research and exploratory research. Finally, the results found during the research show that nursing care has a high complexity of activities, attending patients with extremely important hemodynamic changes, which require specific practices and skills, demonstrating that among many tasks, factors and activities

¹ Enfermeira graduada pelas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu-Uniguaçu. Pós-graduada em Enfermagem do Trabalho pelas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu-Uniguaçu. Pós-graduanda em UTI e Emergência Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu-Uniguaçu.

² Graduada em Licenciatura em Pedagogia. Graduada em Enfermagem. Especialista Nefrologia. Especialista em UTI e Emergência.

³ Graduada em Licenciatura Plena em Enfermagem e Obstetrícia. Especialista em Administração Hospitalar. Especialista em Saúde Pública. Especialista em Didática e Docência do Ensino Superior. Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem. Mestre em Ciências da Saúde Humana. Mestre em Desenvolvimento Regional.

⁴ Graduada em Enfermagem. Especialização em UTI. Mestrado em Desenvolvimento Regional. Professora nas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – Uniguaçu.

⁵ Graduado em Educação Física e Desportos. Mestre em Ciências do Movimento Humano. Doutor em Atividade Física e Saúde. Professor nas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – Uniguaçu.

that The nursing is involved in the ICU, the commitment of the same is to provide care that result in the improvement of their quality of life.

Keywords: ICU. Nursing. Challenges. Patient. Assistance.

1 INTRODUÇÃO

As atividades desenvolvidas pela enfermagem na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) possuem um alto nível de complexidade, devendo a assistência em enfermagem estar preparada para a qualquer momento, diante do atendimento aos pacientes com modificações hemodinâmicas; devem ainda, possuir conhecimentos específicos quando da tomada de decisões imediatas em razão dos cuidados emergenciais dos pacientes na UTI (OLIVEIRA, 2010).

Assim considerando, a assistência de enfermagem deve desempenhar uma importantíssima função no âmbito da UTI. Os cuidados dispensados aos pacientes intensivos, tornam-se mais eficazes quando desenvolvidos com qualidade, segurança, preparo adequado profissional e autoconfiança resguardada pelo conhecimento técnico-científico da área de enfermagem. Nesse sentido, a pergunta problema que foi evidenciada no estudo se apresenta na seguinte formulação: “Como superar os paradigmas e desafios que se apresentam a enfermagem diante da assistência aos pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs)”?

Para tal, o estudo buscou como justificativa demonstrar que sistematização da assistência de enfermagem é um instrumento metodológico e científico que orienta o cuidado de enfermagem e gerencia a qualidade da assistência, propiciando documentação precisa e legal do processo de enfermagem. Trata-se de uma metodologia que possibilita a identificação, descrição e o detalhamento das problemáticas de saúde, buscando determinar as ações de enfermagem, compreendo desde o início do planejamento até o momento da execução e a avaliação da assistência a ser prestada. Sua elaboração propicia a equipe de enfermagem o desenvolvimento de práticas fundamentadas em fatores e princípios que buscam a promoção dos cuidados do paciente na UTI.

O objetivo geral do estudo é apresentar as características da assistência em enfermagem diante das práticas dos cuidados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Já como objetivos específicos têm-se as seguintes propostas: demonstrar a importância da fundamentação prática nos cuidados intensivos aos pacientes da UTI; retratar os aspectos e fatores que devem ser superados na garantia do cuidado do paciente da UTI; possibilitar por meio desta revisão de literatura, as características e fatores que possibilitem a superação de alguns desafios e paradigmas existentes dentro da assistência de enfermagem em relação ao paciente internado na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

2 MATERIAIS E MÉTODO

Este estudo foi caracterizado como pesquisa bibliográfica, pesquisa descritiva e pesquisa exploratória. A pesquisa bibliográfica é realizada a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto.

A pesquisa bibliográfica é, por excelência, uma fonte inesgotável de informações, pois auxilia na atividade intelectual e contribui para o conhecimento cultural em todas as formas do saber. Pode-se dizer que é um tipo de pesquisa que ocupa lugar de destaque entre as demais, por constituir-se o primeiro passo na vida do estudante. Contudo, para usufruir dos benefícios que esta pesquisa oferece, o consulente deve ser ativo, despendendo esforço mental e, muitas vezes, perseverar no estudo, na conquista dos conhecimentos, seja em que área for das ciências formais ou factuais, simbólica ou sensorial, ou mesmo em outra modalidade cultural (FACHIN, 2006, p. 119).

Já a pesquisa descritiva tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Por fim, foi utilizada a pesquisa exploratória (que visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses) (GIL, 2002).

A pesquisa exploratória é o primeiro passo de todo trabalho científico. São finalidades de uma pesquisa exploratória, sobretudo quando bibliográfica, proporcionar maiores informações sobre determinado assunto; facilitar a delimitação de um tema de trabalho; definir os objetivos ou formular as

hipóteses de uma pesquisa ou descobrir novo tipo de enfoque para o trabalho que se tem em mente (ANDRADE, 2010, p. 124).

Segundo Andrade (2010), a pesquisa tem um caráter pragmático, é um processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas e ações, propondo encontrar dessa forma a solução para um problema, que tem por base procedimentos racionais e sistemáticos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A vida moderna ocidental oferece ao seres humanos novos desafios referentes à promoção e à manutenção da saúde e ao atendimento de situações críticas e emergenciais. As políticas mundiais e locais de desafios presentes, considerando o aumento da complexidade do atendimento das afecções orgânicas, o aumento do custo do atendimento relacionado ao avanço da tecnologia, a necessidade de controle de qualidade dos serviços oferecidos, os dilemas éticos complexos e o acesso aos serviços de saúde (AMORIN; SILVÉRIO, 2003).

Por outro lado, os profissionais envolvidos na prestação desses serviços deparam-se cada vez mais com o crescente grau de exigência técnico-científica e responsabilidade profissional. Para o enfermeiro que atua em unidades de emergência e de cuidados intensivos, o desafio se refere à necessidade de ter uma base de conhecimento técnico, científico, afetivo e social, que o capacite a perceber e refletir sobre uma grande variedade de questões, assim como a lidar de maneira eficiente com dados complexos e específicos.

A enfermagem em cuidados intensivos requer capacidade de lidar com situações cruciais com velocidade e precisão geralmente não necessárias em outras unidades assistenciais. Requer competência na integração de informação, construção de julgamentos e estabelecimento de prioridades (PADILHA et al., 2010, p. 1106).

O enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tem a tomada de decisão e a intervenção qualificada como instrumentos primordiais de trabalho,

independentemente do ambiente ou da necessidade de equipamentos especiais. A percepção exata e as habilidades de pensamento crítico, raciocínio clínico e pensamento lógico e rápido para julgamentos complexos são competências necessárias para a assistência ao paciente que apresente grave instabilidade de sistemas corpóreos (GOMES, 2008).

As UTIs, em conjunto com as salas de emergência nas unidades de pronto-socorro, compreendem o sistema intra-hospitalar para o atendimento das situações de emergência. Os serviços devem ser interligados por protocolos de atendimento sequencial, que garantam ao indivíduo em estado crítico um atendimento de boa qualidade, considerando-se o tempo, os recursos e a capacitação profissional (HUDAK; GALLO, 2007).

O uso de protocolos prevê a assistência de todos os profissionais de saúde de forma organizada e sistematizada, com um trabalho em equipe visando ao alcance de resultados adequados. Nesse cenário, o enfermeiro tem um papel fundamental e, portanto, necessita de um processo de trabalho organizado de forma contínua e sistemática. O uso de modelos de sistematização de assistência de enfermagem tem sido considerado há décadas na profissão, mas a determinação legal do uso do processo de enfermagem ampliou as iniciativas de sua implantação no meio, especialmente em UTIs.

Mesmo com as dificuldades impostas no trajeto de implantação, o processo de enfermagem ou SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) ganhou força em razão do desenvolvimento de trabalhos acadêmicos e práticos por instituições públicas de referência, em especial hospitais universitários (PADILHA et al., 2010, p. 1107).

Dois fatos importantes marcaram o incremento da SAE nas instituições de saúde e a consolidação de sua implementação:

- a) A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem de 1986, que estabeleceu a prescrição dos cuidados de enfermagem como atribuição privativa;
- b) A Resolução 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que determina que o processo de enfermagem é incumbência privativa do enfermeiro, em sua implantação, planejamento, organização, execução e avaliação. Essa legislação

tornou obrigatória a utilização da SAE, ou processo de enfermagem, nas instituições de saúde e assistência domiciliar.

4 PROCESSO DE ENFERMAGEM

A proposta do processo de enfermagem é que o enfermeiro utilize uma estrutura de solução de problemas para que o cuidado seja efetuado de forma individualizada e contextualizada. Essa atividade é predominantemente de cunho intelectual, o que exige o desenvolvimento de habilidades cognitivas (inteligência, raciocínio lógico, pensamento crítico), técnicas interpessoais (comunicação, interação), ética (crenças, julgamentos) e capacidade de tomada de decisão (LINO; SILVA, 2001).

O processo de enfermagem se refere a um estilo de pensamento do enfermeiro para fazer julgamentos clínicos apropriados. Não é pouco frequente observar o entendimento errôneo de que a documentação das fases do processo de enfermagem é o próprio processo de enfermagem. Esse entendimento em nada contribui para que se apreendam os potenciais benefícios do uso do processo de enfermagem na prática clínica do enfermeiro.

O processo de enfermagem é um modo de pensar a enfermagem relacionada aos indivíduos que recebem os cuidados, considerando suas necessidades. A documentação dos resultados dos julgamentos clínicos realizados é uma exigência legal. O conteúdo dessas documentações é consequência do estilo e dos pensamentos e julgamentos clínicos que um indivíduo realiza (NISHIDE; CINTRA; NUNES, 2003).

O processo de enfermagem, portanto, expande a abrangência da simples aplicação de uma sequência linear de atividades burocráticas de documentação básica. O processo de enfermagem oferece uma estrutura lógica para a atuação do enfermeiro que envolve o controle organizacional do trabalho, os processos de tomada de decisão, entre outras competências, com o objetivo de alcançar o cuidado

de forma individualizada, contextualizada e voltada para resultados possíveis e desejáveis. Em seu contexto mais amplo, o processo de enfermagem deve ser entendido num contexto que relaciona instrumentos e pessoas. Partindo da compreensão do processo de saúde/doença, sob ótica de referenciais teóricos isolados ou múltiplos, utilizam-se estratégias físicas, instrumentais e intelectuais para a tomada de decisão e implementação do cuidado ao ser humano (CAMARGO, 2011).

5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O INDIVÍDUO NA UTI E A ENFERMAGEM

Certamente as condições de vida e de trabalho do ser humano estão relacionadas com sua situação de saúde. A definição mais difundida é a encontrada no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde: “Saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças” (FIGUEIREDO; MACHADO, 2012, p. 1285).

A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde aborda que os fatores econômicos, culturais, étnicoraciais, psicológicos e comportamentais também influenciam a saúde da população. Entende-se que a intervenção da saúde pública deve atuar diretamente na prevenção e no tratamento das doenças, que o próprio termo saúde pública expressa seu caráter político e que sua prática implica, necessariamente, intervenção na vida política e social para identificar e eliminar os fatores que prejudicam a saúde da população (CIOSAK; SENA, 2003).

A sociedade contemporânea evolui e impõe grandes mudanças que afetarão diretamente a saúde do ser humano e a realização de várias atividades simultâneas, fatores que estão desencadeando no indivíduo estresse, ansiedade e problemas que irão comprometer o seu equilíbrio biopsicossocial. A sobrecarga de trabalho e o estilo de vida contribuem com o surgimento da doença. Vários são os desafios e enfrentamentos no ambiente hospitalar, que é totalmente divergente do cliente, e em sua rotina de vida, maiores ainda são as angústias percebidas e vivenciadas pelos clientes dentro da UTI, que atingem diretamente a sua autonomia e seus direitos (CORREIA, 2005).

Seus cuidados não mais serão de sua responsabilidade e sim realizados por pessoas estranhas ao seu laço familiar, as quais serão determinantes, enquanto ali estiver e for necessário. Elas decidem e executam em prol de sua vida.

A Portaria nº. 466/MS/SVS, do Ministério da Saúde, descreve que a unidade de tratamento intensivo constitui-se de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinados ao atendimento de clientes que serão avaliados criteriosamente, devido a sua gravidade ou risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de espaço físico, equipamento e recursos humanos especializados, para seu diagnóstico e terapêutica (FIGUEIREDO; MACHADO, 2012, p. 1285).

Há muito, os profissionais envolvidos com os cuidados em uma UTI discutem e levantam reflexões acerca de como assistir, com segurança, conforto, empatia e competência, oferecendo menos riscos, causando menos transtornos físicos e emocionais aos clientes internados na UTI. Protocolos e treinamentos são estabelecidos, visando exatamente otimizar e delimitar como fazer, tocar sem confrontar com o ser que ali existe (AMORIN; SILVÉRIO, 2003).

Mesmo utilizando ferramentas importantes, como a tecnologia e a qualificação profissional, ainda é fundamental aplicar um cuidado de qualidade diferenciado, percebendo o ser sujeito, antes da realização dos cuidados. Pessoa esta que vê seus valores e princípios totalmente colocados de lado perante a doença (GOMES, 2008).

O profissional de enfermagem lida diretamente com o processo saúde-doença, portanto, deve, em todos os momentos, promover a saúde dentro das instituições hospitalares, repensando a essência do cuidado prestado. Aplicar em suas ações de enfermagem, aptidões de ajuda, encorajamento, confiança, respeito e compaixão aos clientes, para que enfrentem os problemas e superem as dificuldades que serão encontradas neste novo ambiente, totalmente adverso.

A enfermagem, enquanto prática, é tão antiga quanto a existência humana. Ela atua diretamente, observando, identificando e intervindo nas complicações que possam acometer os clientes. Cuidados altamente complexos e que exigem grande habilidade, seja o conhecimento teórico-prático, a sensibilidade de lidar com as adversidades dentro da UTI e o olhar diferenciado, são a tríade do cuidar (FIGUEIREDO; MACHADO, 2012).

6 PACIENTE E FAMÍLIA: DESAFIOS NA UTI

As necessidades básicas de todo o ser humano de vem ser atendidas independentes do local e tempo que estejam, as necessidades fisiológicas constituem a sobrevivência do indivíduo e a preservação da espécie: alimentação, sono, repouso, abrigo etc. As necessidades de segurança constituem a busca de proteção contra a ameaça ou privação, a fuga e o perigo. As necessidades sociais incluem a necessidade de participação, de aceitação por parte dos companheiros, de troca de amizade, de afeto e amor.

A necessidade de estima envolve a autoapreciação, a autoconfiança, a necessidade de aprovação social e de respeito, de status, prestígio e consideração, além de desejo de força e de adequação, de con fiança perante o mundo, independência e autonomia (CORREIA, 2005).

As necessidades de autorrealização são as mais elevadas, cada pessoa precisa explorar seu próprio potencial e se auto-desenvolver continuamente. Isso confrontará com toda a prática frente o assistir na terapia intensiva. Um dos grandes desafios dos profissionais é cuidar sem invadir o universo humano, executar sem perder o gênero e a percepção huma na em cada ação do cuidado. O ambiente é descrito pelos clientes e família, como frio, estressante, gerador de uma atmosfera emocionalmente comprometida, barulho, odores típicos, luminosidade intensa, fios, aparelhagem estranhas, monitores e alarmes (FIGUEIREDO; MACHADO, 2012, p. 1286).

Sendo evidenciados também os fatores específicos e inerentes ao aparato utilizado na UTI, como tubos na boca a presença de dor, sede, profissionais falando alto, atentos mais aos equipamentos do que ao próprio cliente, não ser orientado no tempo e espaço, picadas de agulhas, ser incomodado, não saber quando as coisas serão realizadas, o aparelho de pressão que aperta todo o tempo, escutar e ver o gemido e o sofrimento de outros clientes, cama e travesseiros desconfortáveis, imposição de decúbito na cama, comprometimento do sono, não ter controle de si

mesmo, limitação de movimentos das mãos ou braços devido aos acessos venosos, não ter explicação sobre o seu tratamento, pessoas que a todo o tempo invadem o corpo do cliente, ser acordado a todo o tempo, estão descritos na literatura como os itens mais associados ao desenvolvimento do estresse pelos clientes (CIOSAK; SENA, 2003).

Além disso, por vezes, sobrepõe ao ser humano e suas necessidades, o agir, fala mais forte que o escutar, certamente pelo risco iminente de morte que os clientes estão expostos e que devem ser prontamente atendidos como prioridades. Quando um membro da família é hospitalizado na UTI, toda a harmonia do indivíduo e de sua família é atingida de forma abrupta e inesperada, levando a um desequilíbrio emocional importante, com mais intensidade do que os próprios clientes, sentem se distanciados e sem possibilidade de assumir ou participar do cuidado, o que comumente, gera sentimento de impotência, desolação (SOUZA, 2004).

Os familiares sofrem, ainda, pela separação, ansiedade em relação à doença e ao que possa acontecer em virtude das regras e rotinas do serviço impostas e necessárias para o atendimento do seu ente. A família coloca que há pouca informação, pouco contato, horário de visita limitado, pouca disponibilidade da equipe que presta assistência, mas percebe e reconhece que toda a rotina é fundamental para o cuidado e a preservação da vida do seu familiar (CAMARGO, 2011).

A participação efetiva dos membros da família é sensivelmente percebida como ponto positivo e primordial. Quando bem preparados, tem condição de ficar mais tempo juntos ao seu familiar e serem envolvidos no processo de recuperação, que além de beneficiá-los, diminui o sentimento de desamparo, são desencadeados também pelo tempo de internação e a ambientação do cliente e da própria família (FIGUEIREDO; MACHADO, 2012).

A família deve ser assistida pelos profissionais de enfermagem, a partir de uma comunicação efetiva, o ouvir, o tocar, o confortar e o personalizar o cuidado são medidas eficazes, realizadas pela equipe da UTI para a adaptação e melhoria do relacionamento cliente/família equipe (LINO; SILVA, 2001).

Ressalta-se que as situações de crise vividas pelos familiares dos clientes hospitalizados na UTI podem ser observadas pela desorganização das relações

interpessoais e pelo medo de não ver recuperada a pessoa amada, relacionado diretamente com a hospitalização que evidenciam o estigma impresso na palavra UTI, alterações de ordem psicológicas, afetivas, sofrimento e a morte permeia os sentimentos e pensamentos da família (HUDAK; GALLO, 2007).

A informação e o conhecimento antecipado, por parte dos profissionais de saúde, a respeito das crenças e valores do cliente e da família, aparecem como fatores decisivos para o atendimento eficaz. As ações dos profissionais de saúde que visam um cuidado humanizado é de vital importância.

De acordo com Souza (2004), humanizar a unidade de terapia intensiva significa cuidar do cliente como um todo e, nesse sentido, atuar também junto a seu contexto familiar e social. A Associação de Medicina Intensiva Brasileira coloca como visão essencial para as UTI a adoção de uma postura humanizada, enfocando cinco categorias como primordial: ambiente físico, aspectos sensoriais, necessidades do cliente, necessidades da família e a equipe de saúde.

7 A ÉTICA E A PRÁTICA EM UTI

Abordar dimensões da ética frente à assistência aos clientes internados em uma unidade de terapia intensiva, nos leva a subsídios teóricos da bioética, a partir dos princípios de autonomia, justiça, beneficência, fidelidade, não maleficência, veracidade, confidencialidade dos direitos do cliente crítico e da humanização do atendimento, que devem nortear a todo o momento os princípios do cuidado (FIGUEIREDO; MACHADO, 2012).

É oportuno discutir as perspectivas que vem assumindo o cuidar em busca de ultrapassar a visão que reduz os clientes aos padrões biológicos, incorporando a vida em sua complexidade e plenitude. Existe uma preocupação da gestão dos serviços de saúde que tem como foco eficácia, eficiência, qualidade da prestação de serviço e satisfação dos trabalhadores e dos clientes (AMORIN; SILVÉRIO, 2003).

A percepção e a concepção dos profissionais de enfermagem, tem levantado mudanças de paradigmas, não só a técnica perfeita, o conhecimento e a qualificação

dos profissionais são fundamentais para o melhor cuidar, mas outros valores têm fundamental importância.

O universo da bioética direciona para ações que visam a satisfação, a atenção e o cuidado aplicado com ética. Desperta para revermos a prática nos vários campos de atuação, bem como seus valores e atitudes, que buscam resgatar o ser humano em suas várias dimensões. E o que seria tudo isso no olhar do cliente que dentro da UTI pode opinar. Como participo? No que posso ajudar? O que vão fazer comigo? Alguém me explica o que é a UTI? Cadê a minha família? Sou o sujeito do cuidado, vocês falam tanto isso, posso falar? Alguém pode ficar um pouco comigo, tenho medo, quanta gente diferente me toca, nem sei seu nome. Será que sa bem o meu (FIGUEIREDO; MACHADO, 2012, p. 1287).

Torna-se complicado cuidar daquele que fala, que pede, que indaga não apenas com o olhar, que se nega a alguns atos, que se queixa com clareza, ou seja, daquele que pode se manifestar, deixando emergir o sentimento. Nesses casos, a relação com o paciente deixa de ser tão concentrada no saber científico e no cumprimento de rotinas e tão despersonalizada. E aqueles que estão em estado grave, que não podem se expressar com mais clareza, por necessitarem de tubos, aparelhos de ventilação, sedação, comprometimento neurológico, dentre outros aspectos, perdendo o poder de controlar o seu próprio corpo, há uma invasão do seu espaço, não existindo a privacidade, seus cuidados diários, de higiene, vestimentas, alimentação, movimentação, com poucas possibilidades de indagar ou rejeitar é uma sujeição total ou quase total aqueles que deles cuidam (SOUZA, 2004).

A relação com a máquina pode mecanizar o cuidar a ponto de o cliente tornar-se extensão do aparato tecnológico, não se percebendo até onde vai a máquina e tem início o ser humano. Certamente se percebe o quanto é difícil ver o paciente como possível sujeito do seu cuidar, por complexidade e dependência nos cuidados em terapia intensiva, os pacientes acabam desenvolvendo o medo da morte e do desconhecido e o estresse da família podem tornar o cliente alheio aos seus próprios direitos.

A bioética na enfermagem vem exatamente focar a questão da vida, a luz dos valores humanos que devem ser respeitados por toda a sociedade. É preciso haver um despertar dos profissionais de enfermagem, sobre outro olhar para o paciente em toda a sua plenitude, um olhar que extrapola a lógica racional, a detecção

de diagnósticos, sinais, sintomas e condutas terapêuticas são essenciais, mas que se diferem dos padrões de normalidade, ou seja, é preciso romper a visão pela qual estes clientes são reduzidos à vida biológica, a um corpo, a ser manipulado (CAMARGO, 2011).

Os princípios éticos levam a refletir sobre a razão e ação, como fazer o bem e evitar o mal para o sujeito, realizar um cuidado sem levar riscos, oferecer bom atendimento, criar um ambiente de confiança, entre o cliente enquanto executa a assistência. Avaliar e distribuir recursos entre seus clientes, atendendo as prioridades de tempo e assistência, de acordo com suas necessidades. Utilizar de princípio de justiça, confidencialidade, nas informações de caráter pessoal, obtidas durante as intervenções de enfermagem, respeitar a liberdade individual (FIGUEIREDO; MACHADO, 2012).

O princípio de autonomia, dar ao cliente determinar suas próprias ações e escolhas, mas o mesmo não poderá ser aplicado a pessoas que não tenham possibilidade de agir (clientes em estado de coma, sedados, crianças e com risco eminente de morte).

Correia (2005) relata que hoje a beneficência encontra -se limitada pela dificuldade em se definir o que é bem do cliente, pela não aceitação do paternalismo que nela se encontra, pelo surgimento do critério de autonomia e pelas novas dimensões da justiça no campo da saúde. Do mesmo modo, em se tratando do cuidar em UTI, torna-se difícil definir o que é bom para o paciente. São necessários discernimento, empatia, sensibilidade para avaliar cada situação.

O cuidado de enfermagem é o verdadeiro instrumento da prática, dentro do cenário hospitalar e especificamente falando de cuidados em UTI, a atitude de sua aplicação vai além de procedimentos técnicos e condutas. Colocar-se no lugar do outro, perceber que algo, além de suas necessidades fisiológicas, devem também ser atendidas, observadas, valorizadas, enfocadas e discutidas pelos profissionais que ali o assistem, gerenciar o cuidado totalizando o indivíduo e sua família, em suas necessidades emocionais, suas angústias, aplicando conforto, segurança, respeito, envolvimento, percepção e sensibilidade em cada ação do cuidado, essa é a ética e

a sincronia que o cliente e família espera encontrar no ambiente da UTI e nas mãos de quem presta os cuidados (GOMES, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se finalizar o estudo proposto, observa-se que diante dos processos de assistência aos pacientes nas UTIs, a enfermagem assume inúmeros cuidados com os pacientes da mais alta complexidade, além de possuir responsabilidades sobre várias atividades relacionadas aos modos de organizar e coordenar os serviços da UTI. Ressalta-se que os vários desafios enfrentados pela enfermagem na UTI, demonstram que seus processos de cuidar e de gerenciamento podem ser caracterizados como o objetivo geral do trabalho da enfermagem em seu cotidiano.

Os cuidados de enfermagem na UTI são superados por meio de seu treinamento profissional o qual é constituído por ações de observação, levantamento de dados, planejamento e implementação de rotinas que promovam a saúde do paciente, tendo como fundamentos a avaliação e interação do paciente com a enfermagem na busca pela promoção da saúde e da vida. Por fim, ao se realizar esse aporte teórico-científico por meio dessa revisão bibliográfica, percebe-se que o assunto é extenso e de grande importância para a enfermagem, o qual deve em um segundo momento, dar-se continuidade do estudo para um maior aprofundamento nas relações trazidas pela enfermagem em razão dos pacientes assistidos na UTIs nos hospitais brasileiros.

REFERÊNCIAS

- AMORIN, R. C.; SLVÉRIO, I. P. S. Perspectiva do paciente na UTI na admissão e alta. **Revista Paulista de Enfermagem**, v 22, n.2, p.209-212, 2003.
- ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 2010.
- CAMARGO, Luana Araújo Corrêa. **Estresse da equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2001.

CIOSAK, S. I.; SENA, S. G. **A enfermagem em UTI: um momento de reflexão.** São Paulo: Littera, 2003.

CORREIA, F. A. Alguns desafios atuais da bioética. **Rev. Eclesiástica Bras.**, v.55, p.6586, 2005.

FACHIN, Odília. **Fundamentos de metodologia.** 5 ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; MACHADO, William César Alves Machado. **Tratado cuidados de enfermagem: médico-cirúrgico.** São Paulo: Roca, 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, A. M. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva.** São Paulo: EDU, 2008.

HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados Intensivos de Enfermagem: uma abordagem holística.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

LINO, M. M.; SILVA, S. C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. **Nursing**, n.41, p.25-29, Out., 2001.

NISHIDE, V. M.; CINTRA, E. A.; NUNES, W. M. **Assistência de Enfermagem ao paciente gravemente enfermo.** 2 ed. São Paulo: EPU, 2003.

OLIVEIRA, Vinícius Barbosa. **Avaliar a importância da sistematização da assistência de enfermagem na UTI, do município de Paracatu-MG.** Paracatu: Faculdade Tecsona, 2010.

PADILHA, Katia Grillo; VATTIMO, Maria de Fátima Fernandes; SILVA, Sandra Cristine da; KIMURA, Miako. **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico.** Barueri: Manole, 2010.

SOUZA, R. P. **Manual de rotinas de humanização em medicina intensiva.** Curitiba: Ed. Autores Associados, 2004.

AVALIAÇÃO DO POSICIONAMENTO ACADÊMICO DIANTE DA AUTOMEDICAÇÃO ENTRE ACADÊMICOS INICIANTE E FORMANDOS DO CURSO SUPERIOR DE BACHAREL EM FARMÁCIA DAS FACULDADES INTEGRADAS DO VALE DO IGUAÇU

Rayza Valéria Kukul Zanlorenzi¹

Elaine Ferreira²

Silvane Karmierczak³

Elias da Costa⁴

Marcos Joaquim Vieira⁵

RESUMO: A automedicação é o uso de medicamentos sem nenhuma intervenção médica ou por outro profissional habilitado, nem no diagnóstico, nem na prescrição e nem no acompanhamento do tratamento. A presente pesquisa teve como objetivo estudar a prática de automedicação dos acadêmicos do 1º período e 9º período do ano de 2017 do curso de Farmácia das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativa, descritiva e exploratória. A proposta do trabalho foi submetido e aprovado pelo Núcleo de Ética e Bioética das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu sob nº 2017/079. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi realizado através de um questionário referente à automedicação, aplicados aos acadêmicos. Dentre as classes de medicamentos mais utilizadas, destacam-se os analgésicos, antigripais, relaxantes musculares e antialérgicos. Em caso de dúvidas; indicação e orientação, os entrevistados de ambos os períodos relataram procurar o farmacêutico na farmácia de dispensação. Boa parte dos acadêmicos do 1º período já atua na farmácia como atendentes, o que justifica certo grau de conhecimento por parte dos mesmos. O 9º período apresentou um bom conhecimento técnico acerca dos medicamentos, relatando hábitos de leitura da bula e conhecimento adquirido ao longo do curso nas disciplinas cursadas comparando-se com o 1º período. A prevalência de automedicação entre os estudantes universitários se apresentou expressiva nos dois períodos acadêmicos estudados. Estes resultados destacam a necessidade de educação intensiva e campanha de conscientização abrangente, visando à redução da prevalência de práticas de automedicação inconsciente entre os acadêmicos, favorecendo assim, o uso racional de medicamentos, de modo que tal prática consciente estenda-se para a atuação profissional dos mesmos.

Palavras-chave: Acadêmicos. Automedicação. Farmácia.

ABSTRACT: The self-medication is the use of medicines without any medical intervention or by another qualified professional, neither in diagnosis, nor in prescription nor in the follow-up of treatment. The present research had as objective studying the practice of self-medication of the 1st and 9th periods academics of 2017 of the Pharmacy Course from the Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu. This is a qualitative and exploratory research. The proposal of the work was submitted and approved by the Ethics and Bioethics Center from the Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu under nº 2017/079. The instrument used for the data collection was carried out through a questionnaire referring to self-

¹ Bacharel em Farmácia pelas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU, União da Vitória, Paraná, Brasil.

² Bacharel em Farmácia. Especialista em Didática e Docência no Ensino Superior. Docente das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU, União da Vitória, Paraná, Brasil.

³ Bacharel em Farmácia. Docente das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU, União da Vitória, Paraná, Brasil

⁴ Doutor em Química. Docente das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

⁵ Graduado em Farmácia. Mestre em Desenvolvimento Regional. Docente das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

medication, applied to the academics. Among the most commonly used classes of drugs are analgesics, anti-fluids, muscle relaxants and antiallergics. In case of doubts; indication and orientation, interviewees of both periods reported looking for the pharmacist in the dispensing pharmacy. Most of the academics of the 1st period already worked in pharmacy as attendants, which justifies a certain degree of knowledge from them. The 9th period presented a good technical knowledge about the medicines, reporting habits of reading the package leaflet and knowledge acquired during the course in the subjects studied comparing with the first period students. The prevalence of self-medication among university students was significant in both academic periods studied. These results highlight the need for intensive education and a comprehensive awareness campaign aiming at reducing the prevalence of unconscious self-medication practices among academics, thus favoring the rational use of drugs, so that such a conscious practice is extended to professional performance of them.

Keywords: Academics. Self-Medication. Pharmacy.

1 INTRODUÇÃO

Conforme a Lei 5991/73, “medicamento é todo produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico”. A sua aplicação é uma atenção social contínua, tanto na disponibilidade à população como no uso irracional (OGA, 2003).

De acordo com Rey (1999), a automedicação é a condição onde o paciente adota por sua iniciativa, medicamentos não prescritos por médicos e assim sendo, sem indicação ou supervisão médica. Mesmo os medicamentos de venda livre, não são imunes de risco, o que necessita da adequação da posologia, do tempo de tratamento e de eventuais contraindicações, peculiares a cada indivíduo e seu estado de saúde.

Segundo Flaiti et al. (2014), que avaliou práticas de automedicação em doenças agudas entre estudantes universitários em Omã, em uma nação localizada na Península Arábica, as taxas de maior prevalência podem ser, devidas ao fato de que as pessoas utilizam a automedicação para tratar doenças menores ou sintomas agudos como dor de cabeça, febre, náuseas, vômitos. No entanto, alguns outros motivos relatados na literatura que poderia levar à automedicação inclui a falta de poder aquisitivo, experiência prévia no tratamento de doenças semelhantes, conhecimento de drogas e seu uso, publicidade incessante e falta de disponibilidade de profissionais de saúde qualificados .

As condições econômicas adversas existentes em nosso país, a falência do sistema de saúde e o descaso com a educação são fatores importantes no

desenvolvimento e manutenção do hábito de medicar-se e armazenar no ambiente domiciliar grandes quantidades de medicamentos pertencentes às mais variadas classes farmacológicas (OGA, 2003).

Segundo o Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas da Fundação Oswaldo Cruz, os fármacos respondem por 28,45% das intoxicações, estando à frente dos agrotóxicos e drogas de abuso, por exemplo (BOCHNER, 2013).

O farmacêutico apresenta fundamental papel na orientação da prática da automedicação, tornando-se indispensável para que este ato seja realizado de forma responsável. Assim sendo, o farmacêutico como conhecedor de medicamentos tem o dever de informar e orientar o paciente na dispensação, selecionando criteriosamente o fármaco mais adequado, avaliando a necessidade da utilização, cooperando para o progresso da qualidade de vida do paciente (AYRES et al., 2007).

Espera-se com o presente trabalho, avaliar a evolução do posicionamento dos acadêmicos frente ao conhecimento adquirido no decorrer do curso à prática da automedicação no sentido de evitar prejuízos à saúde.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Para a realização desse trabalho fez-se um estudo de caráter descritivo, exploratório e qualitativo. O mesmo foi submetido à aprovação pelo Núcleo de Ética e Bioética das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu - NEB, e deferido sob protocolo número 2017/079. Para coleta de dados foi utilizado um questionário com perguntas fechadas sobre o tema automedicação. Fizeram parte dessa pesquisa acadêmicos 77 acadêmicos, sendo do 1º período 39 acadêmicos (50,64%) e 38 acadêmicos (49,35%) do 9º período do Curso de Bacharel em Farmácia das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu do ano de 2017, não sendo estabelecidos critérios de exclusão como idade e sexo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após aplicação do questionário os participantes foram divididos de acordo com o período de estudo no curso, conforme demonstra a tabela 1:

Tabela 1 – Acadêmicos participantes por período

Participantes	Quantidade/ por cento (qtde./%)
Acadêmicos 1º período	39 (50,64%)
Acadêmicos 9º período	38 (49,35%)
Total	77 (100%)

Fonte: A Autora, 2017.

Dos 46 acadêmicos matriculados no 1º período, 39 acadêmicos participaram da pesquisa, e dos 46 acadêmicos matriculados no 9º período, 38 acadêmicos participaram da pesquisa. Totalizando 77 acadêmicos participantes, sendo 50,64% do 1º período e 49,35% do 9º período.

Quando questionados sobre a opinião acerca da automedicação, com ênfase em trazer prejuízos à saúde, os participantes responderam de forma afirmativa ou não; se resposta afirmativa poderia colocar o prejuízo em relação à automedicação, conforme a tabela 2:

Tabela 2 – Relação da automedicação x prejuízos à saúde

Há relação:	1º Período (qtde./%)	9º Período (qtde./%)
Sim	34 (87,17%)	37 (97,36%)
Não	5 (12,82%)	1 (2,63%)
Total	39 (100%)	38 (100%)

Fonte: A Autora, 2017.

Pode-se observar que ambos os períodos têm consciência do risco de prejuízos à saúde pela prática da automedicação, sendo do 1º período 34 acadêmicos (87,17%) (n=39), e do 9º período 37 acadêmicos (97,36%) (n=38), porém 5 acadêmicos (12,82%) (n=39) do 1º período e 1 acadêmico (2,63%) (n=38) afirmaram não relacionar a automedicação com prejuízos à saúde. Dentre os sintomas mais citados estão superdosagem, alergia, intoxicação, resistência medicamentosa, entre outros.

De acordo com Flaiti et al. (2014), a automedicação é uma das questões importantes no setor de saúde e tem sido muito debatida por suas consequências favoráveis e desfavoráveis. Aqueles que estão contra a automedicação acreditam que

isso faz mais mal do que bem e leva ao desperdício de recursos, desenvolvimento de resistência microbiana, reações adversas a medicamentos, doenças prolongadas e dependência de drogas.

Por outro lado, a OMS apontou que uma automedicação apropriada pode ser benéfica no tratamento de doenças agudas que não requerem consulta médica, pode economizar o tempo gasto em visitar um médico e fornece uma alternativa mais barata para o tratamento de doenças comuns (BRASIL, 2010).

Com relação ao uso de medicamento sem indicação médica ou de outro profissional habilitado, os participantes expuseram fazer uso ou não, como demonstra a tabela 3:

Tabela 3 – Utilização de medicação sem indicação médica ou de outro profissional habilitado

Faz uso:	1º Período (qtde./%)	9º Período (qtde./%)
Sim	38 (97,43%)	38 (100%)
Não	1 (2,56%)	0 (0%)
Total	39 (100%)	38 (100%)

Fonte: A Autora, 2017.

Os resultados obtidos referentes à utilização da medicação sem prescrição ou indicação de algum profissional habilitado foram afirmativos para 38 participantes (97,43%) (n=39) do 1º período, e 38 participantes (100%) (n=38) do 9º período. Essa administração de medicamentos sem prescrição ou indicação caracteriza a prática de automedicação. Na presente pesquisa obtiveram-se altos percentuais (97,43% para acadêmicos do 1º período e 100% para os acadêmicos do 9º período) na prática de automedicar-se.

Tal resultado assemelha ao trabalho de Flaiti et al. (2014), qual obteve um índice de 94% dos entrevistados relatando praticar automedicação.

Com relação a fazer uso do mesmo medicamento quando apresentar sintoma recorrente, os participantes responderam de forma afirmativa ou não expuseram como mostra a tabela 4:

Tabela 4 – Administração do mesmo medicamento na recidiva de um sintoma

Administra:	1º Período (qtde./%)	9º Período (qtde./%)
Sim	29 (74,35%)	20 (52,63%)
Não	10 (25,64%)	18 (47,36%)
Total	39 (100%)	38 (100%)

Fonte: A Autora, 2017.

Das respostas positivas apresentaram-se 29 acadêmicos (74,35%) (n=39) do 1º período e 20 acadêmicos (52,63%) (n=38) do 9º período. Com relação aos participantes que relataram não utilizar o mesmo medicamento para recidiva do sintoma foram 10 acadêmicos (25,64%) (n=39) do 1º período e 18 acadêmicos (47,36%) (n=38) do 9º período.

Esse resultado das afirmativas positivas supostamente se deve ao fato de que em um primeiro momento o participante fez uso do medicamento, houve melhora do sintoma, quando teve recidiva do sintoma repetiu o medicamento. Teoricamente os acadêmicos do 1º período ainda não compreendem conhecimento teórico científico, o que fazem aumentar a recidiva.

Quando questionados sobre as classes de medicamentos que costumam fazer uso com maior frequência sem prescrição médica os acadêmicos assinalaram a opção de classe correspondente conforme utilização. Nessa questão foi possível assinalar mais de uma alternativa, por essa razão os resultados não foram apresentados em porcentagem, sendo expressos na tabela 5:

Tabela 5 – Classe de medicamentos utilizados com maior frequência

Classe mais utilizada:	1º Período (qtde.)	9º Período (qtde.)
Analgésicos	28	33
Antialérgicos	9	14
Tópicos	9	5
Relaxante muscular	16	16
Calmante	7	2
Antigripais	17	15
Antibióticos	4	1
Outros	1	1
Não pratica automedicação	2	0

Fonte: A Autora, 2017.

Entre os medicamentos mais utilizados pelos acadêmicos tanto do 1º período quanto do 9º período foram os analgésicos, seguidos por antigripais, relaxantes musculares e antialérgicos. Com relação à administração dos antibióticos obtiveram-se resultados do uso de 4 acadêmicos do 1º período e 1 acadêmico do 9º período.

Conforme descrito na RDC Nº 20, de 5 de maio de 2011 - Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação; isso tudo para garantir o manuseio coerente e eficaz (BRASIL, 2011).

Isso pode levar a maiores riscos e resistência dos usuários se estiverem expostos a fármacos antimicrobianos sem completo tratamento. Os medicamentos menos empregados foram calmantes, antibióticos, formulações tópicas (tratamento para acne). Relacionando com o trabalho de Flaiti et al. (2014) os sintomas que mais levam as pessoas a se automedicar são dor de cabeça e febre como causa principal, seguida de doenças do trato respiratório, como gripe, resfriado e tosse. Relata ainda, que os analgésicos e antitérmicos foram à classe mais comum utilizadas com 95%, seguindo a classe amplamente utilizada foi para resfriado e tosse.

Quando interrogados sobre solicitar indicação ao profissional farmacêutico na farmácia, os participantes responderam de forma afirmativa ou não conforme exibição na tabela 6:

Tabela 6 – Indicação do farmacêutico na farmácia

Indicação do farmacêutico:	1º Período (qtde./%)	9º Período (qtde./%)
Sim	25 (64,10%)	25 (65,78%)
Não	14 (35,89%)	13 (34,21%)
Total	39 (100%)	38 (100%)

Fonte: A Autora, 2017.

Pode-se observar que a maioria dos acadêmicos participantes solicita indicação do farmacêutico quando vão à farmácia. Sendo 25 participantes (64,10%) (n=39) do 1º período e 25 participantes (65,78%) (n=38) do 9º período, porém 14

pessoas (35,89%) (n=39) do 1º período e 13 pessoas (34,21%) (n=38) do 9º período afirmaram não solicitar orientação com farmacêutico.

Araújo, Ueta e Freitas (2005), fizeram uma análise com atenção a Assistência Farmacêutica, descreveram que, com a implantação da Atenção Farmacêutica tem-se de uma forma consciente de fazer o uso do medicamento. Para que a Assistência Farmacêutica seja de qualidade, além de recursos disponíveis e planejamento adequado, devem-se seguir corretamente as etapas do ciclo, tais como: seleção dos medicamentos; programação; aquisição; armazenamento; distribuição; prescrição; dispensação e utilização dos medicamentos. Dessa forma, pode-se evidenciar que a Atenção Farmacêutica está presente na etapa final da Assistência Farmacêutica, ou seja, no momento da dispensação e utilização dos fármacos.

Questionou-se aos participantes em relação ao recurso que procuram para esclarecer dúvidas em questão a medicamentos. Para essa pergunta os participantes poderiam optar por mais de uma resposta, assim o resultado não foi expresso em porcentagem como representa a tabela 7:

Tabela 7 – Recurso referente à medicação

Fonte:	1º Período (qtde.)	9º Período (qtde.)
Médico	7	4
Internet	10	18
Farmacêutico	25	23
Família	2	1
Atendente de farmácia	2	1
Outros	0	0

Fonte: A Autora, 2017.

Observou-se que o farmacêutico é o profissional mais procurado se tratando de medicamento, entendendo-se que se tem fácil acesso ao mesmo, o farmacêutico está apto a esclarecer dúvidas, desde orientação, indicação, prestando a atenção farmacêutica, assim sendo, 25 acadêmicos do 1º período e 23 acadêmicos do 9º período, procuram o farmacêutico. A internet aparece como segunda opção de pesquisa, com 10 acadêmicos do 1º período e 18 acadêmicos do 9º período, a questão

da internet é que apesar de ser de simples acesso, necessita consciência e sabedoria para avaliar se a informação adquirida é confiável. Dos participantes ainda, 7 acadêmicos do 1º período e 4 acadêmicos do 9º período buscam ao médico, profissional que tem menos procura pelos participantes, sendo o mais capacitado a avaliar os sintomas clínicos apresentados, essa baixa procura supostamente pode ser pelo difícil acesso; preço da consulta; acessibilidade pelo Sistema Único de Saúde ou facilidade, comodidade em acesso ao farmacêutico. Algumas destas questões serão abordadas ao decorrer da discussão. Dos participantes ainda, 2 acadêmicos do 1º período e 1 acadêmico do 9º período se dirigem à familiares. Por fim, 2 acadêmicos do 1º período e 1 acadêmico do 9º período buscam orientação ao atendente de farmácia.

De acordo com Flaiti et al. (2014), a população tem vínculo maior com o farmacêutico que sempre está disponível no balcão da farmácia. Neste trabalho foi possível mostrar que os farmacêuticos são a principal fonte de informações para o uso consciente de medicamentos. No entanto 33,3% dos homens e 55,4% das mulheres entrevistadas admitiram não receber nenhum conselho de nenhum profissional de saúde ao se medicarem.

Quando questionados se fazem a leitura da bula do medicamento os acadêmicos responderam de forma afirmativa ou não de acordo a tabela 12:

Tabela 8 – Leitura da bula do medicamento

Realiza leitura:	1º Período (qtde./%)	9º Período (qtde./%)
Sim	26 (66,66%)	34 (89,47%)
Não	13 (33,33%)	4 (10,52%)
Total	39 (100%)	38 (100%)

Fonte: A Autora, 2017.

Observou-se que ambos os períodos têm consciência que a bula tem importância quando afirmaram fazer sua leitura, sendo ainda maior o índice dos acadêmicos do 9º período, 26 acadêmicos (66,66%) (n=39) do 1º e 34 acadêmicos (89,47%) (n=38) do 9º período. Porém 13 participantes (33,33%) (n=39) do 1º período e 4 participantes (10,52%) (n=38) do 9º período expuseram não fazer leitura da mesma.

De acordo com Silva et al. (2007), que em seu trabalho abordou o tema sobre o estudo da bula de medicamentos na cidade de Araraquara – SP, no ano de 2007, investigando questões como: itens mais lidos na bula; dificuldades encontradas na leitura, à moradores de 42 bairros da cidade, apontou que segundo a RDC 140/03, a bula do medicamento deve abranger informações relativas a um medicamento e a respectiva classe terapêutica, orientar adequadamente o profissional da saúde e o paciente, em prol do uso racional de medicamentos.

Na bula devem constar as seguintes informações: descrição do produto, inclusive nome científico e popular do fármaco; farmacologia clínica; indicações e uso; reações adversas; contra-indicações; alertas; precauções; abuso e dependência potencial; sinais de dose excessiva e tratamento; posologia e administração; formas farmacêuticas, concentrações e tamanhos de embalagens existentes. É importante que a bula apresente todas as diretrizes especiais necessárias para o uso do medicamento durante a gestação e amamentação (ALLEN JUNIOR; POPOVICH; ANSEL, 2000).

Os acadêmicos foram questionados se já fizeram indicação de medicamentos a alguém, desta forma responderam afirmando ou não como mostra a tabela 13:

Tabela 9 – Indicação de medicamento

Já indicou:	1º Período (qtde./%)	9º Período (qtde./%)
Sim	26 (66,66%)	36 (94,73%)
Não	13 (33,33%)	2 (5,26%)
Total	39 (100%)	38 (100%)

Fonte: A Autora, 2017.

Observou-se em que ambos os períodos, a maior parte dos entrevistados já fizeram indicações de medicamentos. Sendo 26 acadêmicos (66,66%) (n=39) do 1º período e 36 acadêmicos (94,73%) (n=38) do 9º período, esse resultado pode ser relacionado com a ocupação de trabalho dos participantes, como mostra na tabela seguinte (tabela 14), pois alguns trabalham como atendentes de farmácia, entretanto, os acadêmicos do 9º período apresentam conhecimento para uma indicação consciente. Ainda na tabela 13, mostra que 13 participantes (33,33%) (n=39) do 1º

período e 2 participantes (5,26%) (n=38) do 9º período não fizeram indicações de medicamentos até o momento que responderam o questionário.

Quando questionados sobre onde adquirem conhecimento em relação a medicamentos, os participantes puderam escolher mais de uma alternativa, por esse motivo o resultado não foi expresso em porcentagem, como está aprontado na tabela 15:

Tabela 10 – Fonte de conhecimentos

Fonte:	1º Período (qtde.)	9º Período (qtde.)
Internet	18	14
Disciplinas cursadas	12	36
Bula	26	32
Outros	7	8

Fonte: A Autora, 2017.

Observou-se que o conhecimento adquirido do 9º período é baseado nas disciplinas cursadas durante o curso, seguindo do hábito da leitura da bula dos medicamentos e pesquisa na internet. Comparando com o 1º período que têm como base a bula do medicamento, seguindo a procura pela internet e após as disciplinas cursadas. Apresentam ainda na tabela outros conhecimentos como livros, artigos e revista.

Como expõe o Projeto Pedagógico do Curso de Farmácia (2015), o currículo do curso apresenta em suas fases iniciais, matérias de compreensão geral, no decorrer do currículo apresentam matérias mais específicas em relação ao curso de farmácia, onde os acadêmicos formandos apresentam entendimento referente aos fármacos, além de contarem com a prática dos estágios. Referente a informações da bula, conforme discussão da tabela 12, a bula apresenta informações confiáveis, cuidados que precisa ter com o medicamento, indicações, posologia, como proceder em casos de eventuais reações adversas. A internet se trata de uma grande ferramenta de pesquisa, porém é necessária cautela em pesquisas, assim como existem informações confiáveis, apresentam também elementos duvidosos.

Os participantes foram questionados referentes aos motivos ou a quem o induz a automedicar-se, nesta questão, os participantes poderiam optar por mais de uma alternativa, por esse motivo os resultados não foram apresentados em porcentagem como apresenta a tabela 16:

Tabela 11 – Quem/quais motivos induzem à automedicação

Quem/quais motivo induzem:	1º Período (qtde.)	9º Período (qtde.)
Amigos/familiares	5	3
Dificuldade para atendimento	4	2
Comodidade em ir à farmácia	4	12
Não gosta de ir ao médico	5	4
Costume	22	12
Curso de Farmácia	4	17
Não pratica automedicação	2	0

Fonte: A Autora, 2017.

Estes resultados mostram que o 9º período tem maior incidência em se automedicar por influência ao curso, sendo esse ato com consciência e conhecimento técnico. Comparando ao 1º período, essa ação tem por costume acontecer, ainda que não se tenha conhecimento adquirido. De acordo com Flaiti et al. (2014) os participantes de sua pesquisa costumam a se automedicar por experiências anteriores sobre o fármaco.

Quando questionados sobre o conhecimento da diferença entre os medicamentos de referência, genérico e similar os acadêmicos responderam de forma afirmativa ou não, conforme a tabela 20:

Tabela 12 – Diferença entre medicamento de referência, genérico e similar

Conhece as diferenças:	1º Período (qtde./%)	9º Período (qtde./%)
Sim	26 (66,66%)	38 (100%)
Não	13 (33,33%)	0 (0%)
Total	39 (100%)	38 (100%)

Fonte: A Autora, 2017.

Pode-se observar que ambos os períodos têm conhecimento da diferença entre os medicamentos de referência, genérico e similar, sendo 26 acadêmicos (66,66%) (n=39) do 1º período e 38 acadêmicos (100%) (n=38) do 9º período, porém 13 participantes (33,33%) (n=39) do 1º período expuseram não saber a diferença entre as classes referidas.

Denomina-se medicamento de referência ou inovador, aquele que apresenta composição única ao mercado brasileiro, sendo que no mínimo, um de seus componentes ativos encontre-se protegidos por uma patente. Medicamento genérico é equivalente ao medicamento de referência, podendo ser intercambiável com este. Similar é aquele que contém as mesmas indicações terapêuticas e características farmacológicas a outro medicamento registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária, podendo diferenciar somente em características relativas ao tamanho e forma do produto, embalagem, prazo de validade, veículo e excipiente, tendo que ser identificado por nome comercial ou marca (SCHENKEL; MENGUE; PETROVICH, 2004).

CONCLUSÃO

Foram abordadas questões de conhecimentos técnico e específico, em relação aos medicamentos e seus efeitos. O resultado foi analisado e concluiu-se que os acadêmicos do 9º período mostraram conhecimento em todas as questões propostas. Acadêmicos do 1º período apresentaram pouco conhecimento específico, justifica-se o fato por serem iniciantes no curso, compreendendo matérias não específicas em relação à medicação e consequências a prática de automedicação. Verificado o ato, de automedicar-se, os acadêmicos de farmácia do 9º período possuem consciência sobre, pois agregaram conhecimentos durante a vida acadêmica. Aos acadêmicos iniciantes, ainda desenvolverão, através dos estudos, a consciência para a ação racional da automedicação abordada no trabalho. Ficou bem elucidada a importância de se abordar assuntos referente à automedicação durante todo o período acadêmico, pois se trata de um assunto de saúde pública, que apresentam consequências muitas vezes graves, onde o farmacêutico proporciona grande importância na atenção

farmacêutica para com o paciente e, contudo, em sua vida particular. Ficou explícita a diferença no conhecimento técnico dos acadêmicos formandos em relação aos fármacos quando comparados aos acadêmicos iniciantes do curso. Destaca-se mais uma vez, a atuação imprescindível do profissional farmacêutico, inserido neste contexto da automedicação.

REFERÊNCIAS

ALLEN JUNIOR, Loyd V; POPOVICH, Nicholas G; ANSEL, Howard C. **Formas Farmacêuticas e Sistemas de Liberação de Fármacos**. 6. ed. São Paulo: Artmed, 2000.

ARAÚJO, A A L.; UETA, J M.; FREITAS, O. **Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde**. 2005. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/404/388>. Acesso em: 27 out. 2017.

AYRES, Manuel et al. **BioEstat: aplicações estatísticas nas áreas das ciências bio-médicas**. 5. ed. Belém: Conservation International, 2007.

BOCHNER, Rosany (Brasil). **Intoxicação por Fármacos**. 2013. Disponível em: <<http://sinitox.icict.fiocruz.br/tabela-6-casos-registrados-de-intoxicação-humana-por-agente-tóxico-e-circunstância-brasil-2013>>. Acesso em: 09 abr. 2016.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Automedicação**. 2010. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=/asset_publisher/view_content&_101_assetEntryId=2862363&_101_type=content&_101_groupId=219201&_101_urlTitle=automedicacao&inheritRedirect=true>. Acesso em: 04 out. 2017.

BRASIL. RDC nº 20, de 05 de maio de 2011. **Controle de Medicamentos à Base de Substâncias Classificadas Como Antimicrobianos, de Uso Sob Prescrição, Isoladas Ou em Associação**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/Documentos2012/RDC_20_2011.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2017.

BRASIL. RDC nº 140/03. **Estabelece regras das bulas de medicamentos para pacientes e para profissionais de saúde**. Disponível em:

Revista Renovare de Saúde e Meio Ambiente – Ano 5 – Volume 2 – União da Vitória – Paraná.
De Julho a Setembro de 2018. ISSN: 2359-3326.

http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucao_sanitaria/140.pdf>. Acesso em: outubro de 2017.

Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu. **Projeto Pedagógico do Curso de Farmácia**. União da Vitória, 2015.

FLAITI, Marwa Al et al. **Evaluation of self-medication practices in acute diseases among university students in Oman**. Journal Of Acute Disease, [s.l.], v. 3, n. 3, p.249-252, 2014. Asian Pacific Journal of Tropical Medicine Press. [http://dx.doi.org/10.1016/s2221-6189\(14\)60056-1](http://dx.doi.org/10.1016/s2221-6189(14)60056-1). Disponível em: <[http://sci-hub.io/10.1016/s2221-6189\(14\)60056-1](http://sci-hub.io/10.1016/s2221-6189(14)60056-1)>. Acesso em: 03 nov. 2017.

OGA, Seizi. **Fundamentos de toxicologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2003.

REY, Luís. **Dicionário de termos técnicos de medicamentos de medicina e saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A, 1999.

SILVA, M et al. **Estudo da bula de medicamentos: uma análise da situação**. 2007. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/69343/2-s2.0-34948871660.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 22 out. 2017.

SCHENKEL, Eloir Paulo.; MENGUE, Sotero Serrate.; PETROVICK, Pedro Ros. **Cuidados com os medicamentos**. 4. ed. Florianópolis/Porto Alegre: Editora da UFSC/Editora da UFRGS, 2004.

CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS CLÍNICAS

Danieli Gehlen¹
Marly Terezinha Della Latta²
Karina Sobota³
Loreni Maria Rosenscheg⁴

RESUMO: Urgência e emergências clínicas são decorrentes de situações que não temos uma força externa agindo na pessoa e causando a lesão, que não são traumáticas. A emergência é ocorrência imprevista, com risco potencial à vida, necessita de atenção imediata, para garantir a integridade das funções vitais básicas. E urgência é ocorrência de agravos à saúde, com risco real e iminente à vida, mas necessita de intervenção rápida e efetiva, para proteção, manutenção ou recuperação das funções vitais acometidas. Os atendimentos de urgências clínicas devem fluir em todo âmbito do SUS, até na Estratégia Saúde da Família (ESF). Estar preparada para reconhecê-las, estabilizá-las, referenciá-las, transferi-las e/ou encaminhá-las a outros pontos de atenção, se necessário após classificação de riscos. De acordo com a Portaria GM nº 2048 de 5 de novembro de 2002, as unidades de saúde são obrigadas a possuírem um espaço, medicamentos e materiais para prestar um primeiro atendimento, estabilizando o paciente na urgência até chegada do transporte e/ou transferência a um serviço de maior complexidade. O atendimento no ESF não é rotineiro e, por esse motivo, a equipe deve estar sempre preparada para casos de urgência e emergência, tanto na área do conhecimento quanto na infraestrutura. As urgências e emergências clínicas abordadas são: cardiovasculares; respiratórias; diabéticas e outras como epistaxe, edema de glote, coma, síncope, acidente vascular encefálico, e crise convulsiva. Então frente à contextualização acima apresentada é que se remete ao seguinte questionamento: Como está o conhecimento da equipe de enfermagem das unidades de estratégia de Saúde da Família quanto ao atendimento de urgência e emergência clínicas? Tendo como objetivo avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem da Estratégia Saúde da Família sobre urgência e emergência clínica. Verificando se há materiais e equipamentos na Estratégia Saúde da Família para atendimento de urgência e emergência clínica; identificar se a equipe de enfermagem possui conhecimento sobre o atendimento de urgência e emergência clínica; analisar o conhecimento sobre os Procedimentos Padrão Operacional (POP) e protocolos para atendimento de urgência e emergência clínica. De acordo com os objetivos e com os resultados obtidos notou-se a deficiência e a falta de treinamento na prestação de atendimentos de acordo com as diretrizes para RCP e ACE aprovadas em 2015, o C-A-B-D, o qual é muito importante para a sobrevivência do paciente. Houve também a percepção da dificuldade na identificação dos sinais e sintomas da HAS, esta que é uma doença rotineira no ESF. Quanto aos materiais e equipamentos, as unidades, possuem a maioria, no entanto, ainda há a ausência de alguns instrumentos importantes para o atendimento. Também se observou a necessidade da realização de um treinamento para as equipes, uma vez que a maioria relatou que só realizou no tempo do curso/graduação. Além disso, nenhum dos ESF possuem um protocolo ou POP para atendimento de urgência e emergência, a partir do qual a equipe poderia tirar as dúvidas sobre o prosseguimento do atendimento.

PALAVRAS –CHAVE: Enfermagem. Urgência. Emergência. Saúde da família.

¹ Graduada em Enfermagem.

² Graduada em Licenciatura Plena em Enfermagem e Obstetrícia. Especialista em Administração Hospitalar. Especialista em Saúde Pública. Especialista em Didática e Docência do Ensino Superior. Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem. Mestre em Ciências da Saúde Humana. Mestre em Desenvolvimento Regional.

³ Graduada em Biomedicina. Mestre em Farmacologia. Docente nas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

⁴ Graduada em Licenciatura em Pedagogia. Graduada em Enfermagem. Especialista Nefrologia. Especialista em UTI e Emergência.

ABSTRACT: Urgency and clinical emergencies are resulting to situations that do not have an external force acting on the person and causing the injury, and which are not traumatic. Emergency is an unforeseen occurrence, with a potential risk to life, requiring immediate attention to ensure the integrity of basic vital functions. Urgency is the occurrence of a worsening of health status, with real and imminent risk to life, but requires rapid and effective intervention for the protection, maintenance or recovery of vital functions. Urgent medical care should flow throughout SUS, even in the Family Health Strategy (FHS). It needs to be prepared to recognize them, stabilize them, give them a reference, transfer and / or refer them to other points of attention, if necessary after risk classification. According to GM Ordinance No. 2048 of November 5, 2002, health units are obliged to have a space, medicines and materials to provide a first service, stabilizing the patient in the emergency until the arrival of the transport and / or transfer to a More complex service. these kind of medical care at FHS it is not routine and, for this reason, the team should always be prepared for urgency and emergency situations, both in the area of knowledge and in infrastructure. The urgencies and clinical emergencies most frequently addressed are: cardiovascular; respiratory diseases; Diabetis and others such as epistaxis, glottis edema, coma, syncope, stroke, and seizures. In viewing of the problematic presented, the objective of the present study was to evaluate the knowledge of the nursing team of the Family Health Strategy on urgency and clinical emergency. The research is a descriptive quantitative exploratory field research. For the collection of information, a questionnaire with twelve closed questions was used as instrument and for the comparison of knowledge and if there are materials and equipment to provide care to people, a checklist was used according to the quality and acess improvement program (QAIP) of the Ministry of Health A questionnaire was used. At the end of the present research, and according to the objectives and the results obtained, it was noted the deficiency and the lack of training in the provision of care according to the guidelines for CPR and ACE approved in 2015, the CABD, which is Very important for patient survival. There was also the perception of the difficulty in identifying the signs and symptoms of hypertension, which is a routine disease in FHS. regarding the materials and equipment, the units have the majority, however, there is still the absence of some important instruments for the service. It was also observed the need to carry out a training for the teams, since most reported that they only performed it at the time of the course / graduation. In addition, none of the FHS have a protocol or POP for urgent and emergency care, from which the team could ask questions about the continuation of care.

KEYWORDS: Nursing. Urgency. Emergencies. Family health.

1 INTRODUÇÃO

Urgências e emergências clínicas são decorrentes de situações em que não há uma força externa agindo na pessoa e causando a lesão, que não são traumáticas, como o infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial, crise convulsiva, etc. Os atendimentos em urgências clínicas devem fluir em todo âmbito do Sistema Único de Saúde, até na Estratégia da Saúde da Família (ESF). Casos agudos, portadores de algum sofrimento ou enfermidade devem ser atendidos em sua própria unidade básica de referência, é o mais adequado, pois a equipe já conhece todo o histórico do paciente. E em caso de emergência, minutos salvam vidas, as ESF podem e devem prestar o primeiro atendimento, estabilizar e encaminhar os pacientes somente após.

A emergência é ocorrência imprevista, com risco potencial à vida, necessita de atenção imediata, para garantir a integridade das funções vitais básicas. E urgência é ocorrência de agravos à saúde, com risco real e iminente à vida, mas necessita de intervenção rápida e efetiva, para proteção, manutenção ou recuperação das funções vitais acometidas (ROMANI, et. al., 2009).

A Unidade de Saúde da Família é considerada porta de entrada dos serviços do SUS e constantemente o primeiro contato ou referência para resolução de instabilidades clínicas e a equipe de profissionais envolvida deve estar preparada para reconhecê-las, estabilizá-las, referenciá-las, transferi-las e/ou encaminhá-las a outros pontos de atenção, se necessário após classificação de riscos (OLIVEIRA; MESQUITA, 2013).

Ao longo dos anos 90, o SUS passou por várias reformas, visando alterações no quadro da saúde da população brasileira, atingindo principalmente a Atenção Primária (AP) que desde 1994, tem a Saúde da Família como seu principal modelo organizacional (AZEVEDO; TIBÃES; ALVES, 2014).

“O SUS de acordo com suas diretrizes de integralidade e resolutividade máxima, possível em todos os níveis e descentralização das ações, preconiza o atendimento às urgências também na atenção primária em saúde” (NITSCHKE, NAZÁRIO, 2010).

O atendimento na atenção básica pode ser programado através de agendamentos conforme as linhas de cuidado, ou espontâneas, quando acontece algum imprevisto ou manifestação de doença, dores agudas que levam à procura da unidade sem agendamento. As demandas podem ser de urgência clínica, expressar questões psicossociais ou simplesmente denotarem que aquele momento foi oportuno para procurar o serviço (SOARES, 2013).

A ESF é a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde, que procura proporcionar o direito à saúde, equidade no cuidado, hierarquizado e regionalizado. Ela está reorganizando e reorientando o modelo de atenção básica (BRASIL I, 2010).

“[...] é fundamental que a atenção primária e o Programa de Saúde da Família se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos

agudizados de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível [...]” (BRASIL, 2002).

As unidades de saúde são obrigadas a possuírem um espaço, medicamentos e materiais para prestar um primeiro atendimento, estabilizando o paciente na urgência até a chegada do transporte e/ou transferência a um serviço de maior complexidade, de acordo com a Portaria GM nº 2048 de 5 de novembro de 2002 (GARCIA; PAPA; CARVALHO JÚNIOR, 2012).

Um paciente em acompanhamento em uma unidade básica de saúde por hipertensão arterial, quando acometido por uma crise hipertensiva, deve ser acolhido na unidade em que habitualmente faz tratamento, pois nesta unidade o paciente tem prontuário e sua história pregressa e atual são conhecidas, sendo assim é possível fazer um atendimento rápido e de qualidade, com avaliação e readequação da terapêutica dentro da disponibilidade medicamentosa da unidade. Quando este paciente não é acolhido em sua unidade, é atendido por profissionais que, muitas vezes, possuem vínculo temporário com o sistema, não conhecem a rede loco regional e suas características funcionais e, frequentemente, prescrevem medicamentos não disponíveis na rede SUS e de alto custo. Muitas vezes o paciente não consegue adquirir a nova medicação prescrita pelo médico da unidade básica que faz o acompanhamento da hipertensão arterial, ou não fazendo a administração desta, ou ainda acredita que ela não controla sua pressão arterial. Esta situação é ilustrativa, mas muito semelhante as que acontecem diariamente, não apenas com hipertensos, mas também com diabéticos, pacientes de dor aguda e/ou crônica, cardiopatas, portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, mulheres em acompanhamento ginecológico e/ou obstétrico, crianças em programa de puericultura entre outros (BRASIL, 2002).

Então frente à contextualização acima apresentada é que se remete ao seguinte questionamento: Como está o conhecimento da equipe de enfermagem das unidades de Estratégia de Saúde da Família quanto ao atendimento de urgência e emergência clínicas?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Estratégia da saúde da família (esf)

A ESF visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

O Programa Saúde da Família, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família, busca romper com o comportamento passivo das Unidades Básicas de Saúde, priorizando as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde junto à comunidade, mediante relação permanente entre profissionais de saúde e população assistida, prestando atendimento humanizado e resolutivo aos problemas de saúde mais frequentes (BRASIL II, 2010).

A expansão da ESF trouxe consigo inúmeros desafios, uma dela é o processo em curso de redefinição e qualificação da atenção básica na ordenação das redes de atenção e na sua capacidade efetiva de gestão do cuidado, por meio do aumento do escopo das ações, da ampliação de formatos de equipes, de ações que auxiliem na expansão da resolutividade e da articulação e suporte com/de outros pontos de atenção da Rede de Atenção à saúde (RAS) (BRASIL I, 2014).

A ESF veio para com o objetivo de “reordenar o modelo de atenção no SUS. O principal propósito da ESF é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população” (BRASIL I, 2010).

Segundo o Brasil (2012), as atribuições dos enfermeiros são:

I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais

espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em conjunto com os outros membros da equipe;

V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e

VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

2.2 Urgência e emergência

Emergência é como situação de risco de morrer iminente se não diagnosticado e tratado imediatamente, caso o contrário, o paciente pode morrer ou apresentará seqüela irreversível. E urgência é um processo agudo ou crônico agudizado, que não possui um caráter imediatista, sem risco de morrer iminente. Na maioria das vezes, causa grande sofrimento ao doente e quando não tratado pode levar à situação de emergência (ALVES; SILVA; NEIVA, 2010).

Segundo Souza, Bastos (2008),

[...] os serviços de urgência e emergência de todo o País se veem superlotados, com demandas que se misturam: paciente com real situação de urgência e emergência e pacientes com necessidade de atendimento de baixa complexidade juntos no mesmo ambiente, o que dificulta a visualização e o estabelecimento de prioridades de atendimento.

A Portaria nº 2048/GM do Ministério da Saúde o atendimento pré-hospitalar fixo é realizado pelas Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, Ambulatórios Especializados, serviços de diagnóstico e terapia, unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergência e pelos serviços de atendimento pré-hospitalar fixo (OLIVEIRA; TRINDADE, 2010).

Atendimento pré-hospitalar fixo segundo Garcia, Papa e Carvalho Júnior (2012),

[...] é caracterizado pela assistência prestada pela atenção primária aos pacientes portadores de quadros agudo de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de

atendimento hierarquizado, regulado e integrado do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.

A efetiva oferta de serviços de urgência e até de emergência na atenção primária requer, a existência de condições tais como: hierarquização das ações e serviços a serem prestados por cada nível de atenção; protocolos clínicos; competência técnica; sistema de referência e contra referência; sistema de regulação do transporte e dos leitos de observação; sistemas de comunicação e logística; recursos tecnológicos mínimos; área física adequada; etc (RODRIGUES; LUMER, 2011).

“As unidades são obrigadas a possuírem um espaço que contenha medicamentos e materiais para o primeiro atendimento/estabilização a um serviço de maior complexidade” (GARCIA; PAPA; CARVALHO JÚNIOR, 2012).

Segundo Lumer, Rodrigues (2011),

[...] é pressuposto do trabalho que a oferta de serviços de urgência pelo PSF possa fornecer: atendimento resolutivo para casos de baixa complexidade (casos clínicos que não demandam alta tecnologia para o seu controle e tratamento); primeiro atendimento, capaz de estabilizar o quadro de pacientes mais graves para transporte e ajudar a regular a porta de entrada dos serviços de emergência.

Segundo Silva, Cabral e Nunes (2012),

[...] são urgências de baixa complexidade: crises hipertensivas, pacientes diabéticos, pacientes portadores de dor aguda ou crônica, cardiopatas, portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, mulheres em acompanhamento ginecológico e/ou obstétrico, crianças em programa de puericultura, diarreias, vômitos, febre e urgências sangrantes.

O Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência visa a estruturação desde a rede pré-hospitalar, (unidades básicas de saúde, programa de saúde da família (PSF), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares), serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, Resgate, ambulâncias do setor privado, etc.), até a rede hospitalar de alta complexidade, capacitando e responsabilizando cada um, respeitando a sua complexidade e capacidade de resolução. Devem se relacionar de forma complementar, onde é importante que cada serviço se reconheça como parte integrante deste Sistema, acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda que lhe ocorre e se responsabilizando pelo encaminhamento desta clientela

quando a unidade não tiver os recursos necessários a tal atendimento (BRASIL, 2002).

3 URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS CLÍNICAS

3.1 Urgências e emergências cardiovasculares

Angina de peito é uma delas e apresenta dor precordial, ou retroesternal, ocasionada pela deficiência de oxigenação no músculo cardíaco o miocárdio. A angina não leva a morte celular do músculo cardíaco (SANTOS, 2003).

Já a angina instável dura entre 20 à 30 minutos, onde apresenta: dor precordial, ou retroesternal mais intensa que pode ser irradiada para membros superiores e provocar palidez, sudorese, dispneia e extremidades frias. Também não causa a morte celular do miocárdio (SANTOS, 2010).

Segundo Santos (2014),

o IAM apresenta “dor precordial retroesternal, de forte intensidade, com duração acima de 30 minutos, podendo irradiar para membros superiores ou braço esquerdo. Dor em forma de aperto ou queimação. Pode ter início como dor epigástrica, irradiando em seguida para o peito e braço. Apresenta também como sintomas náuseas, vômito, sudorese fria, ansiedade e taquicardia. Como a deficiência de oxigenação é muito elevada, ocorre morte das células do miocárdio, provocando necrose do músculo cardíaco.”

O eletrocardiograma (ECG) é o método diagnóstico mais utilizado na avaliação inicial das dores precordiais. Além de estabelecer a relação entre sintoma clínico e diagnóstico das síndromes coronarianas agudas, também provem informações relevantes para a melhor opção terapêutica e a estratificação prognóstica do paciente (LUNA FILHA, VIENA, 2002).

Ao atender uma urgência e emergência cardiovascular deve-se manter o paciente em repouso, em decúbito dorsal com cabeceira ligeiramente elevada, para diminuir o esforço do músculos cardíaco, evitando, no caso de IAM, complicações. Instalar oxigenioterapia com cateter nasal até 4 l/min. Providenciar um ECG, instalar oxímetro de pulso, verificar e anotar pulso, PA e saturação. Puncionar acesso calibroso e seguir orientações médicas quanto à infusão de medicamento (SANTOS, 2014).

3.2 Hipertensão arterial

Segundo Brasil (2013) “é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.”

Imagem 1 - Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica de um paciente se situam em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2010).

A HAS é quando “a pressão exercida sobre as artérias é maior do que a esperada.” Com “sinais e sintomas de cefaleia, sudorese fria, dor em região da “nuca” (mas sem rigidez), mal-estar geral e ansiedade” (SANTOS,2010).

Segundo Brasil (2013) as elevações inadequadas da PA podem ser divididas inicialmente em três classes:

- Crises hipertensivas (urgências e emergências hipertensivas): quando existe risco de alguma complicação clínica associada ao aumento abrupto dos níveis pressóricos.
- Emergências hipertensivas: ocorre progressiva lesão aguda de órgãos-alvo e risco iminente de morte, que necessitam de redução imediata da PA. Tais emergências devem ser tratadas preferencialmente com anti-hipertensivos parenterais em unidades de urgência. Logo, diante dessas situações, o médico assistente da Atenção Primária deverá chamar o serviço de atendimento móvel de urgência para a remoção do paciente imediatamente.

• **Urgências hipertensivas:** há elevação importante da pressão arterial, em geral pressão arterial diastólica > 120mmHg, com condição clínica estável, sem comprometimento de órgãos-alvo, porém são situações em que existe risco potencial de lesão aguda de órgão-alvo. Em pacientes que já apresentam alguma lesão desse tipo ficar mais atento, pois eles apresentam risco mais elevado de novas complicações em curto prazo, na permanência de PA acentuadamente elevada. Nos casos de urgência, a atuação sobre o controle pressórico deve ser realizada de forma menos intensa que nas emergências, podendo estabelecer esse controle em até 24h, com medicações por via oral.

Ao atender um paciente com essas queixas, verificar sinais vitais principalmente PA, manter paciente em repouso e com cabeceira elevada, manter em local tranquilo, evitar visitas que possam ser desagradáveis e venham interferir controle da pressão. Seguir orientação médica quanto a administração de medicações (SANTOS, 2014).

3.3 Parada cardiorrespiratória

A parada cardiorrespiratória (PCR) é quando não apresenta batimentos cardíacos e respiratórios, ela tem causas diversas. Os principais sinais e sintomas são: sudorese, dor torácica, taquicardia, tontura, escurecimento ou embaçamento da visão, alteração do nível de consciência e alterações da pressão arterial (SANTOS, 2014).

Segundo Gonzalez et. al. (2013),

Em uma situação de PCR, um mnemônico pode ser utilizado para descrever os passos simplificados do atendimento em SBV: o “CABD primário”. O “C” corresponde a Checar responsividade e respiração da vítima, Chamar por ajuda, Checar o pulso da vítima, Compressões (30 compressões), Abertura das vias aéreas, Boa ventilação (2 ventilações), Desfibrilação. A seguir, a sequência completa de um atendimento a uma vítima que se encontra em colapso súbito.

A PCR pode se apresentar como FV/TV sem pulso, atividade elétrica sem pulso e assistolia. Na FV/TV são ritmos chocáveis, onde a desfibrilação imediata é a melhor intervenção, e é usado adrenalina e amiodarona. Já na atividade sem pulso e assistolia é realizado o RCP e adrenalina (CATERINO, KAHAN, 2006).

Ao encontrar uma vítima que não responde, com ausência de respiração ou apenas gasping (ou seja, sem respiração normal), com nenhum pulso definido sentido em 10 segundo. A verificação da respiração e do pulso pode ser feita simultaneamente, em menos de 10 segundos. Em seguida se estiver sozinho chame a enfermagem e médico, ou se tiver mais alguém peça pra ele chamar e inicie a RPC imediatamente; use o DEA assim que ele estiver disponível (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

As compressões torácicas devem ser contínuas a uma frequência de 100 a 120/min. Deve permitir o retorno complexo do tórax após cada compressão. Também minimizar as interrupções das compressões, e reveze com outro socorrista, a cada dois minutos, para evitar a fadiga e compressões de má qualidade. Em adultos a profundidade da compressão no mínimo 2 polegadas (5 cm) e não deve exceder 2,4 polegadas (6 cm). Em crianças compressões de 2 polegadas. Em crianças compressões de cerca de 1 1/2 polegadas (4 cm) (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

O posicionamento das mãos no adulto é as duas mãos sobre a metade inferior do esterno. Na criança 2 mãos ou 1 mão (opcional para crianças muito pequenas) sobre a metade inferior do esterno. Na criança quando tem 1 socorrista/profissional da saúde 2 dedos no centro do tórax, logo abaixo da linha mamilar; quando dois ou mais socorrista/profissional da saúde técnica de dois polegares no centro do tórax, logo abaixo da linha mamilar (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Para realização das compressões torácicas posicione-se ao lado da vítima e mantenha seus joelhos com certa distância um do outro para que tenha melhor estabilidade. Afaste ou, se uma tesoura estiver disponível, corte a roupa da vítima que está sobre o tórax para deixá-lo desnudo. Coloque a região hipotênar de uma mão sobre o esterno da vítima e a outra mão sobre a primeira, entrelaçando-a em caso de adultos e crianças. Estenda os braços e posicione-os cerca de 90° acima da vítima (GONZALEZ et. al. 2013).

Em relação a compressão e ventilação, quando não tem via aérea avançada no adulto quando 1 ou 2 socorristas são realizadas 30:2, na criança e bebê quando 1 socorrista 30:2 e quando 2 ou mais 15:2. Quando com via aérea avançada realizar

compressões contínuas a uma frequência de 100 a 120/min e administrar 1 ventilação a cada 6 segundos (10 respirações/min) (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

A equipe de atendimento deve dispor de cinco elementos assim distribuídos: um na ventilação; um na compressão torácica; um anotador de medicamentos e de tempo; um na manipulação dos medicamentos; um no comando, próximo ao monitor/ECG (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2009).

3.4 Edema agudo do pulmão

E o edema agudo do pulmão é a “síndrome clínica de causas diversas, sendo a mais comum a insuficiência cardíaca brusca, ocorrendo acúmulo de líquidos nos espaços alveolares e intersticiais dos pulmões” (SANTOS,2010).

Apresenta os seguintes sinais e sintomas: encurtamento da respiração (falta de ar), que normalmente piora com as atividades ou quando a pessoa deita-se com a cabeceira baixa; dificuldade respiratória, taquipnéia; respiração estertorosa; pode-se escutar o borbulhar do ar no pulmão; batimento das asas do nariz; pele e mucosas se tornam frias, acinzentadas, às vezes, pálidas e cianóticas, com sudorese fria; ansiedade e agitação; taquicardia; hipertermia nos casos de anafilaxia aguda; mucosa nasal apresenta-se vermelha brilhante; e a tosse que no princípio não é produtiva, que não tem expectoração, passa a ser acompanhada por expectoração espessa e espumosa, eventualmente sanguinolenta (BRASIL, 2003).

Ao prestar atendimento manter o paciente em posição sentada com os membros inferiores pendentes; administrar oxigênio com fluxo 4 litros/min com máscara ou cateter nasal; verificar sinais vitais; instalar oxímetro de pulso; puncionar acesso calibroso; administrar medicação conforme prescrição médica; deixar material de intubação arrumado e de fácil acesso e realizar ECG. Após acalmar a crise, manter paciente em posição Fowler ligeiramente lateralizado (CORPO DE BOMBEIROS DO MATO GROSSO DO SUL, 2014).

3.5 URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS RESPIRATÓRIAS

Bronquite é a “inflamação aguda ou crônica dos brônquios com produção excessiva de muco. Apresenta como sintomas mal-estar geral, rouquidão, febre, tosse de início seca à produtiva” (SANTOS, 2003).

Segundo Santos (2014),

o enfisema pulmonar: é quando apresenta acúmulo de ar entre as camadas que revestem os pulmões, podendo ocorrer dilatação dos pulmões. Apresenta como sintomas dificuldade respiratória, ruidosa, cianose de extremidades, cefaleia, fraqueza e até confusão mental. É a doença respiratória mais grave, pois pode levar a alguma complicação cardíaca.

Asma brônquica é a “doença que se caracteriza pela dificuldade respiratória e obstrução dos bronquíolos (vias aéreas inferiores). Apresenta como sintomas sensação de peso no peito, tosse seca, ansiedade, dificuldade respiratória, sudorese, palidez e “chiados” no peito” (SANTOS, 2010).

E a dispneia é a “dificuldade para respirar, em consequência de condições ambientais, traumas ou determinadas doenças clínicas. Obstrução das vias aéreas por algum corpo estranho ou por uma das doenças clínicas mencionadas anteriormente, como bronquite, enfisema pulmonar ou asma” (SANTOS, 2003).

Ao atender qualquer dessas, tranquilizar o paciente, manter paciente em posição de Fowler, verificar e monitorar sinais vitais e instalar oxímetro de pulso, instalar oxigênio (cuidado em alta concentração em doenças pulmonares é prejudicial), puncionar acesso calibroso e seguir orientações médica para o tratamento correto (SANTOS, 2014).

3.6 URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DIABÉTICAS

A cetoacidose diabética decorrente da deficiência de insulina tipo I é caracterizada por hiperglicemia, desidratação, cetose, prostração, cansaço, náuseas, poliúria, e respiração de Kussmaul (hiperventilação) (SANTOS, 2014).

O coma hiperosmolar não cetótico decorrente da diabetes insulino dependente tipo 2 com intensa hiperglicemia, desidratação, ausência de cetoacidose e alteração de consciência (SANTOS, 2010).

E o coma hipoglicêmico é o estado que a glicose está abaixo de 40 mg/dl, onde apresenta ansiedade, tremor, sudorese, palpitação, palidez, torpor, náuseas,

cansaço, confusão mental, alterações de comportamento, convulsão e até coma (SANTOS, 2003).

Ao atender uma paciente em qualquer dessas situações, manter o paciente em posição semi-fowler (em caso de apresentar vômitos deixar paciente em posição lateral), avaliar o nível de consciência, verificar se paciente já é insulínica, se já tem história anterior de diabetes e se faz uso da insulina nesse dia, tranquilizar o paciente, monitorizar os sinais vitais e oxímetro de pulso, realizar teste de glicemia e informar o médico, puncionar acesso venoso calibroso e seguir orientações médicas quanto ao tratamento (SANTOS, 2010).

3.7 Epistaxe

A epistaxe ou hemorragia nasal que segundo Santos (2010) é “caracterizada pela saída de sangue abruptamente pelas narinas, sem causa aparente, mais comum em crianças. Já no adulto, pode estar associada ao quadro de hipertensão.”

“Esse tipo de hemorragia é causada pelo rompimento dos vasos sanguíneos do nariz. Em geral não apresentam maior gravidade, mas, exigem atendimento imediato para que não se tornem mais sérios.” (SANTOS, 2003).

No atendimento de epistaxe posicionar o paciente sentado, com a cabeça inclinada para frente, realizar compressas frias sobre o nariz e fazer pressão sob as faces laterais das duas narinas (LOMBA; LOMBA, 2003).

Também verificar e anotar sinais vitais, observar, anotar aspecto do sangramento e sua duração (SANTOS, 2014).

3.8 Edema de glote

E o edema de glote que é “em consequência de algum processo em que ocorre reação alérgica, dilatação dos vasos sanguíneos, há o edema da membrana (glote), obstruindo a passagem do ar e, conseqüentemente, a respiração” (SANTOS, 2003).

Ao prestar atendimento, tranquilizar o paciente, monitorar sinais vitais e oxímetro de pulso, manter vias aéreas livres pode-se usar a cânula de guedel,

providenciar acesso venoso calibroso, administrar medicamentos conforme orientação/prescrição médica, administrar O₂ sob cateter nasal após desobstrução da via (SANTOS, 2014).

Segundo Santos (2010), “é importante estar atento a qualquer processo alérgico desencadeado em um indivíduo, podendo ser pelo uso de algum medicamento ou por picada de algum inseto.”

3.9 Desmaio

O desmaio é a “perda súbita da consciência, que pode ser de curta duração, caso em que não há necessidade de manobras específicas para recuperação. Ocorre em virtude da diminuição da atividade cerebral.” (SANTOS 2014).

Os sinais e sintomas do desmaio são: fraqueza, tontura, escurecimento da vista, suor frio, palidez, pulso rápido e fraco, falta de controle muscular (FLORIANO, 2009).

“As causas podem ser: nervosismo, emoção súbita, fadiga, local mal ventilado, jejum prolongado, subnutrição, hipoglicemia.” (BRASIL, 2003).

Ao atender um desmaio afrouxar roupas e ventilar o rosto da vítima com uso de abano. Posicioná-lo em decúbito dorsal, com as pernas elevadas de 20 a 30 centímetros, quando houver sinais de vômito posicioná-lo em decúbito dorsal lateral esquerdo. Se o paciente estar prestes a desmaiar, ampará-la e baixa-la suavemente no chão. Quando o paciente estiver recobrado a consciência poderá ser colocado sentado em uma cadeira com a cabeça voltada para baixo e os braços estirados (LOMBA; LOMBA, 2003).

3.10 Coma

O coma pode variar desde uma confusão mental por um período indeterminado até o coma profundo. Confusão mental é a incapacidade de manter uma linha de raciocínio, apresenta a perda da noção de tempo e espaço. A sonolência é a dificuldade em se manter alerta. O estupor apresenta dificuldade de despertar, sem resposta adequada a estímulos verbais e dolorosos. O coma superficial tem respostas

motoras desorganizadas. Já o coma profundo: ausência de resposta a qualquer estímulo (SANTOS, 2014).

As alterações do nível de consciência são avaliadas pela Escala de Glasglow. As causas podem ser primárias que são quando ocorre em nível cerebral e por traumas, como AVC, meningites, encefalites, neoplasias e convulsões. E secundárias que são quando ocorre um distúrbio metabólico (hipoglicemia, cetoacidose); encefalopatia hipóxica, DPOC; intoxicações por drogas, álcool e outros; causas físicas e ambientais tipo insolação ou hipotermia, e até mesmo por estados carências de determinadas vitaminas (SANTOS, 2010)

A “Escala de Coma de Glasgow define o nível de consciência mediante a observação do comportamento, baseando-se em um valor numérico¹⁸”, segundo Oliveira, Perreira e Freitas (2014).

Pacientes com escore 15 na escala de coma de glasgowa apresentam nível de consciência normal, com escores menores que 8 são considerados em coma, representando estado de extrema urgência. E no escore 3 é compatível com morte cerebral, no entanto, para a confirmação de morte cerebral, há a necessidade de avaliar outros parâmetros (OLIVEIRA, PEREIRA e FREITAS, 2014).

Ao prestar atendimento aplicar escala de coma de Glasgow, verificar sinais vitais, instalar oxímetro de pulso, observar hálito da vítima (álcool, drogas, cetoacidose diabética), manter vias aéreas livres, puncionar acesso venoso periférico calibroso e seguir orientações médicas (SANTOS, 2010).

Escala de Coma de Glasgow

<i>Anexo 1 – Escala de Coma de Glasgow</i>		
	Variáveis	Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz (comando verbal)	3
	À dor	2
	Ausente	1
	Não testável (NT) – Em pacientes com edema ou hematoma que impossibilita a abertura dos olhos	
Melhor resposta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras ou sons incompreensivos	2
	Sem resposta	1
	Não testável (NT) – Em pacientes intubados	
Resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada à dor	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma resposta	1

Fonte: Oliveira, Pereira e Freitas (2014)

3.11 Acidente vascular encefálico

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) “é um distúrbio do sistema cardiovascular causado por oclusão parcial ou total dos vasos que suprem o cérebro.” Ele pode ser “isquêmico: ocorre pelo entupimento do vaso por um trombo ou êmbolo ou até mesmo por um tumor ou trauma. Como consequência, a oxigenação do cérebro é prejudicada parcialmente. A causa mais frequente desse tipo de AVE é a aterosclerose cerebral.” E o “hemorrágico: acontece pela ruptura de um vaso sanguíneo, provocando a hemorragia cerebral. O cérebro fica comprometido pela falta de oxigênio circulante e a pressão intracraniana aumenta. É mais grave do que o AVE isquêmico” (SANTOS, 2014).

Segundo Santos (2010), os pacientes apresentam “sinais e sintomas de cefaleia acompanhada de tontura, confusão mental, perda da função de um dos lados do corpo, paralisia facial, alteração dos sinais vitais, pulso rápido e respiração difícil, crise convulsiva e até coma.”

Ao prestar atendimento a um paciente com esses sinais e sintomas, deve-se acalmar e manter em repouso, afrouxar as roupas, aferir sinais vitais, instalar oxímetro de pulso, verificar nível de consciência, puncionar acesso venoso periférico calibroso e seguir orientações médicas (SANTOS, 2003).

3.12 Crise convulsiva

A “crise convulsiva como um “desarranjo” do sistema cerebral por um período rápido de tempo. O cérebro deixa de funcionar por alguns instantes e envia seus estímulos para o restante do corpo, dando início às crises. A epilepsia

caracteriza-se por crises convulsivas repetidas ao longo de determinado tempo, o que a diferencia da crise convulsiva rotineira, exigindo a necessidade de investigar a causa. A crise convulsiva pode ser parcial, quando as alterações são restritas à determinada parte do cérebro, ou generalizada, quando envolve o cérebro todo” (SANTOS, 2014).

A crise convulsiva isoladamente é um evento clínico que pode representar uma manifestação de uma condição clínica aguda como: alterações metabólicas (hipoglicemia, hiperglicemia não-cetótica, hipocalcemia, anóxia); álcool, cocaína, anfetaminas; infecções (meningoencefalites, abscessos cerebrais, infecção sistêmica); tumores; doenças cerebrovasculares (infarto ou hemorragia) (NUNES, MELO e SOUZA, 2010).

Na crise convulsiva o paciente apresenta enrijecimento do corpo, acompanhado de tremores na cabeça, face e MMSS/MMII ao mesmo tempo. Ao paciente apresentar esses sinais e sintomas, colocar em posição lateral, monitorizar sinais vitais mais dosagem de glicemia e oxímetro de pulso, afrouxar roupas, acesso venoso calibroso, não se opor aos movimentos; cronometrar o tempo da crise convulsiva (geralmente a crise é rápida); administrar oxigênio e medicamentos conforme orientação médica (SANTOS, 2010).

4 O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Segundo Oliveira e Trindade (2010) mais do que superlotação nos serviços dos demais níveis de atendimento, vê-se a falta de preparação, conhecimento e, sobretudo, de uma normatização nas UBS frente a um paciente em processo evolutivo, inicial ou até mesmo abrupto de alguma enfermidade de caráter emergencial.

O tempo é fator crucial nas situações emergenciais, um minuto a mais sem um primeiro atendimento pode tornar irreversível uma parada cardíaca, uma hemorragia pode atingir níveis críticos e uma hipóxia pode lesar o cérebro em definitivo. Quanto antes prestada a assistência mais chance de salvar vidas, reduzir as sequelas e o custo final do tratamento será menor (TORRES; SANTANA, 2009).

A organização dos serviços na atenção primária inclui uma gama de determinantes tais como: recursos humanos treinados, instalações,

equipamentos, protocolos, financiamento, entre tantos outros que devem ser descentralizados e com resolubilidade de grande parte das necessidades da saúde de sua comunidade. (RODRIGUES e LUMER, 2011).

O serviço de urgência desenvolvido por profissionais da ESF ainda se desenvolve de forma precária. Essa deficiência pode estar na capacitação dos profissionais de saúde, na precariedade na infraestrutura das unidades; carência de profissionais e falta de insumos. Também falta de cursos, atualizações de atendimento em urgência e emergências. Viu-se a necessidade de traçar mecanismos que busquem a organização do atendimento das urgências na atenção básica de maneira a humanizar o atendimento, objetivando a melhoria da triagem de casos que seguem para serviços de atendimento de urgência no setor terciário, hoje tão sobrecarregados (LIMA et. al. 2009).

O objetivo atribuído à Atenção Básica na rede é a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização, bem como o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento a outros pontos de atenção, se necessário. Faz-se ressalva sobre a necessidade de implantação do acolhimento com avaliação de risco vulnerabilidades (SOARES, LIMA e CASTRO, 2014).

5 ACOLHIMENTO DE RISCO – Manchester

O aumento na demanda em serviços de urgência e emergência é um problema atual e o tempo de espera por atendimento pode comprometer a situação do paciente, e com isso a triagem é fundamental, faz com que o tempo de espera do paciente seja de acordo com sua condição clínica e assim reduzindo o impacto negativo em pacientes críticos (SANTOS FILHO, 2013).

O sistema de classificação de risco foi criado com o intuito de se evitar intercorrências entre os pacientes graves que são atendidos pelo SUS. Trata-se de um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (ABBÊS; MASSARO, 2004 APUD COFEN 2011).

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) possui cinco níveis. Para cada nível é atribuído uma cor e tempo-alvo desejável até o primeiro atendimento médico. O nível 1 é emergente, cor vermelho, atendimento imediato. O nível 2 é muito urgente, cor laranja, atendimento em 10 minutos. O nível 3 é urgente, cor amarelo, atendimento em 60 minutos. O nível 4 é pouco urgente, cor verde, atendimento em 120 minutos. E

o nível 5 é não urgente, cor azul, atendimento em 240 minutos (SANTOS FILHO, 2013).

O vermelho indica emergência, caso gravíssimo, com necessidade de atendimento imediato e risco de morte. A cor laranja é para casos muito urgentes, graves, com risco significativo de evoluir para morte e que exige atendimento urgente. O amarelo significa urgente para casos de gravidade moderada, com necessidade de atendimento médico mas sem risco imediato. Já a cor verde é pouco urgente, para atendimento preferencial nas unidades de atenção básica. A cor azul na classificação de risco é indicativa para casos não urgentes, com orientação para atendimento na unidade de saúde mais próxima da residência. Isso significa que o atendimento será de acordo com o horário de chegada ou serão direcionados às Estratégias de Saúde da Família ou às Unidades Básicas de Saúde. Nesta classificação incluem-se queixas crônicas, resfriados, contusões, escoriações, dor de garganta, ferimentos que não requerem fechamento, entre outros (HOSPITAL SANTA CRUZ, 2015).

6 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, exploratória e de campo.

Segundo Kuarak, Manhães e Medeiros (2010)

pesquisa quantitativa: considera o que pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão).

A pesquisa descritiva objetiva conhecer, descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-lo. Além disso, ela expõe as características de determinada população ou de determinado fenômeno, mas não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação (VIEIRA, 2002).

Pesquisa Exploratória: visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulem a compreensão (SILVA; MENEZES, 2001).

Segundo Gerhardt e Silveira (2009) a pesquisa de campo “caracteriza-se pelas investigações em que, além da pesquisa bibliográfica e/ou documental, se realiza coleta de dados junto a pessoas.”

A população foi constituída pela equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e estagiários de enfermagem) das equipes de Estratégia Saúde da Família do município de Porto União - SC. A amostra foi composta dos profissionais que aceitaram participar do estudo, sendo três 3 enfermeiros, treze 13 técnicos de enfermagem e um 1 estagiário de enfermagem.

O estudo foi realizado no município de Porto União, Santa Catarina, nas unidades: ESF Santa Rosa no endereço Rua Francisco de Paula Dias, 110 - Santa Rosa; ESF Vice-King no endereço Avenida João Pessoa, 4695 - Vice-King; ESF São Pedro no endereço Rua Dr. Leoberto Leal, 278 - São Pedro; ESF São Bernardo do Campo no endereço RUA FREI CANISIO, S/N, Bairro Bela Vista. O período de estudo foi de julho a setembro de 2016.

Para a coleta das informações foi utilizado como instrumento um questionário com doze questões fechadas e para a comparação do conhecimento de que se há materiais e equipamentos para prestar atendimento fez-se uso de um checklist conforme programa de melhoria do acesso e de qualidade (PMAQ) do Ministério da Saúde.

Os dados coletados foram digitados em um único banco de dados utilizando o programa Excel e apresentados através de gráficos.

O presente trabalho foi encaminhado ao Núcleo de Ética e Bioética da UNIGUACU, a qual a partir da análise do estudo foi aprovada com protocolo de número 2016/053.

Primeiramente foi solicitada autorização à Secretaria de Saúde de Porto União-SC, para a aplicação dos questionários. Após foi informado aos profissionais de saúde das equipes de ESF, os objetivos da pesquisa e sua relevância social. O desenvolvimento da pesquisa aconteceu somente após os profissionais aceitarem participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

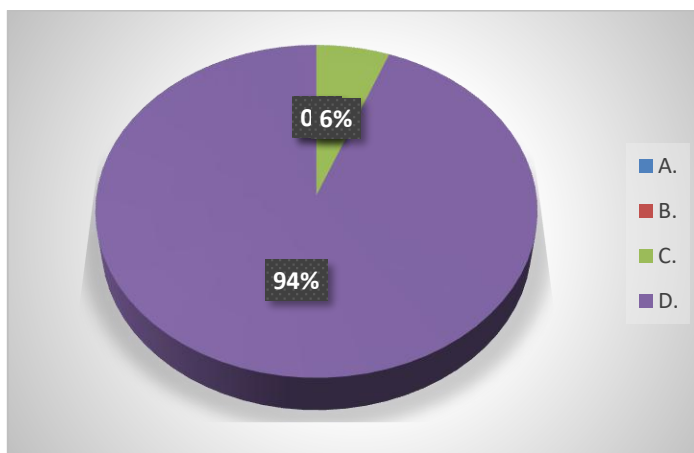
7 DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A presente pesquisa foi realizada em três Unidades Básicas de Saúde do município de Porto União-SC, que atendem com ESF. Os participantes foram os

profissionais da área da saúde que realizam o primeiro atendimento aos usuários diariamente. Entre os participantes, que responderam ao questionário, 18% (n=3) são enfermeiros, 76% (n=13) técnicos de enfermagem e 6% (n=1) estagiário de técnico de enfermagem. Desses, 24% com idade de 26 a 33 anos, 41% com idade de 34 a 41 anos e 35% com mais de 41 anos.

A maioria, com 70% (n=12) estão na profissão há mais de 9 anos, 18% (n=3) há 4 a 6 anos de tempo de função e 12% (n=2) há menos de 1 ano a 3 anos.

Gráfico 01 - Quais são os sinais e sintomas de um infarto agudo do miocárdio

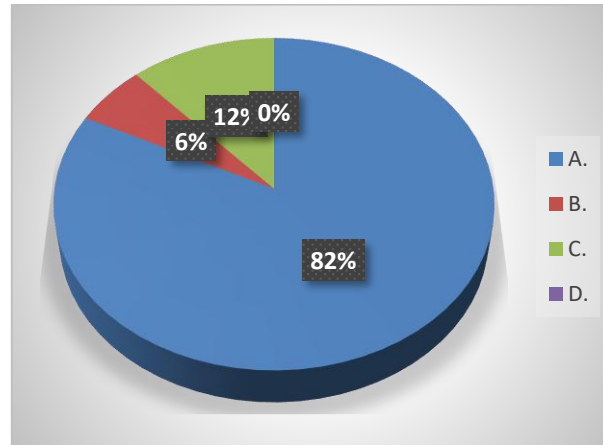


Fonte: Autora da pesquisa, 2016.

De acordo com o gráfico 01, quando perguntado sobre quais são os sinais e sintomas do infarto agudo do miocárdio, ou seja, dor precordial retroesternal, podendo irradiar para os membros superiores ou braço esquerdo, pode ter início com dor epigástrica, náuseas, vômitos, sudorese fria, ansiedade e taquicardia, observou-se que 94% (n=16) dos profissionais da saúde responderam corretamente, demonstrando que se um paciente enfartando chegar na UBS-ESF a equipe identificará os sinais e sintomas e provavelmente atenderá de forma rápida e correta.

Prestar um atendimento rápido e eficiente é fundamental para salvar alguém que está enfartando, quanto mais tempo demorar o atendimento e tratamento, mais extenso e irreversível será a lesão. Sampaio (2008) relata que o diagnóstico precoce do IAM salva e melhora a qualidade de vida, reduzindo a possibilidade de morte. E o maior benefício foi observado naqueles indivíduos tratados o mais precocemente possível.

Gráfico 02- Parada cardiorrespiratória (PCR) é



Fonte: Autora da pesquisa, 2016.

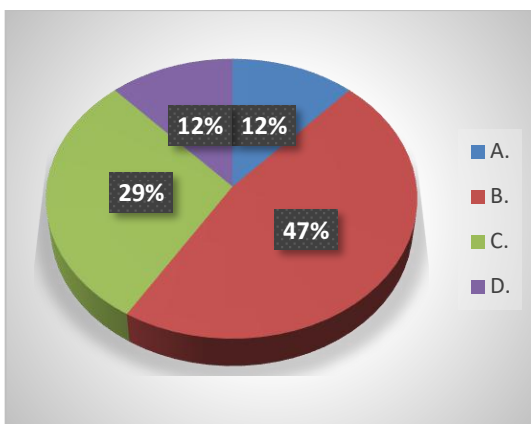
De acordo com o gráfico 02, observou-se que 82% (n=14) dos profissionais da saúde responderam corretamente a definição de PCR, ou seja, cessação da atividade mecânica cardíaca, confirmada por ausência de pulso central, inconsciência e apneia.

Segundo Miranda (2010), “PCR é a cessação da eficácia das funções do coração (circulação) e dos pulmões (respiração)”.

A PCR “cessação súbita, inesperada e catastrófica da circulação sistêmica, atividade ventricular útil e ventilatória em indivíduo” (TALLO, et. al. 2012).

Segundo Zanini, Nascimeto e Barra (2006) “o profissional de Enfermagem deve estar apto para reconhecer quando um paciente está em franca PCR ou prestes a desenvolver uma, pois este episódio representa a mais grave emergência clínica que se pode deparar.”

Gráfico 03 - As diretrizes para a reanimação cardiopulmonar (RCP) e o atendimento cardiovascular de emergência (ACE), aprovadas em 2015, apresentam mudanças quanto às ações a serem realizadas pelos profissionais da saúde. Assinale a alternativa que contém as principais mudanças.



Fonte: Autora da pesquisa, 2016.

Observando-se o gráfico 03, 47% (n=8) dos profissionais da saúde responderam corretamente em relação às mudanças quanto às ações que devem ser feitas pelos profissionais da saúde aprovadas em 2015, conforme as diretrizes para a reanimação cardiopulmonar (RCP) e o atendimento cardiovascular de emergência (ACE), ou seja, alteração para C-A-B; ênfase nas compressões torácicas com frequência de 100 a 120/min; retorno total do tórax pós compressão. Percebendo-se assim que o resultado não foi satisfatório, pois foi a questão que obteve mais erro, visualizando-se assim a necessidade de um treinamento, de atualizações, pois em uma PCR, minutos salvam vidas, minutos fazem diferença. Quanto menor o tempo entre a parada cardíaca e o início da RCP, maiores serão as chances de sobrevivência da vítima.

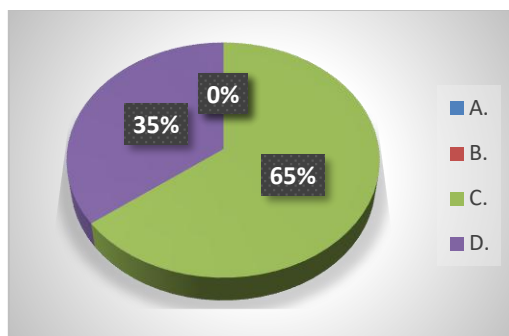
“Para o ideal atendimento da PCR, além de ênfase na RCP de boa qualidade, deve-se atentar ao papel de cada um na equipe de ressuscitação. O treinamento do atendimento de PCR em equipe minimiza erros e é recomendado” (GONZALEZ et. al. 2013).

A sequência recomendada é C-A-B em vez de A-B-C, iniciar as compressões torácicas antes de aplicar as ventilações, para reduzir o tempo até a primeira compressão. E quanto à frequência das compressões, na atualização de 2015, o correto é compressões torácicas a uma frequência de 100 à 120/min. Já em de 2010, eram compressões torácica a uma frequência mínima de 100/min. O limite de 120/min para a frequência foi adicionado porque à medida que a frequência das compressões

aumenta e ultrapassa 120/min, a profundidade das compressões diminui (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Segundo Pazin Filho (2003) “na PCR, o tempo é variável importante, estimando-se que, a cada minuto que o indivíduo permaneça em PCR, 10% de probabilidade de sobrevivência sejam perdidos”.

Gráfico 04 - Conforme as diretrizes para a reanimação cardiopulmonar (RCP) e o atendimento cardiovascular de emergência (ACE), aprovadas em 2015, em relação à compressão-ventilação sem via aérea avançada em pacientes adultos, qual alternativa correta.



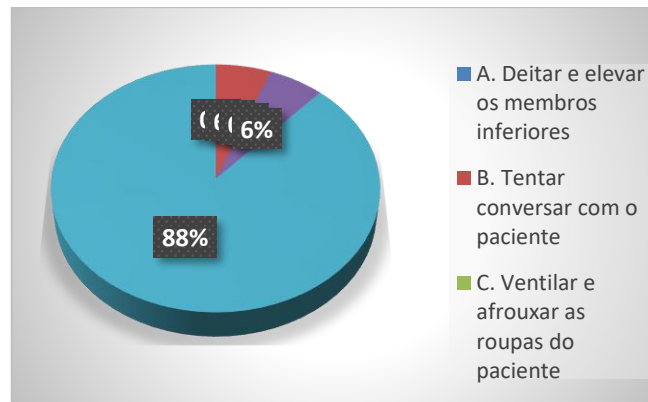
Fonte: Autora da pesquisa, 2016

De acordo com o gráfico 04, observou-se que 65% (n=11) dos profissionais da saúde responderam corretamente quantas compressão-ventilação sem via aérea avançada em pacientes adultos, conforme as diretrizes para a reanimação cardiopulmonar (RCP) e o atendimento cardiovascular de emergência (ACE) aprovadas em 2015, ou seja, quando um ou dois socorristas realizar 30:2 compressão-ventilação.

Segundo Oliveira (2014), a relação compressão/ventilação deve ser 30/2, quando um ou dois socorristas. Evitando excessos de ventilação. Realizar ventilações contínuas só quando houver via aérea avançada.

Realizar 30/2 compressões/ventilação sem via aérea avançada em adultos, quando 1 ou 2 socorristas (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Gráfico 05 - O que NÃO se faz em um desmaio



Fonte: Autora da pesquisa, 2016.

No gráfico 05, observou-se que 88% (n=15) dos profissionais da saúde responderam corretamente, pois se colocar a pessoa sentada, vai dificultar o retorno venoso cerebral.

Desmaio é a “perda súbita e transitória da consciência e do tônus postural, devido à isquemia transitória, seguida de uma rápida e espontânea recuperação da atividade neurológica basal” (OLIVEIRA, 2014).

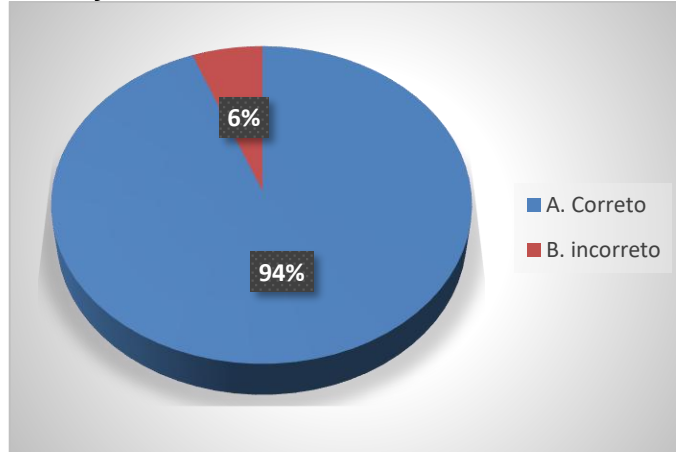
Segundo Santos (2010), no desmaio deve-se elevar os membros inferiores, fazendo com que o sangue circule em maior quantidade no cérebro e nos órgãos nobres. Afrouxar a roupa, para uma melhor circulação.

A conduta em um desmaio é deitá-la em decúbito dorsal e elevar as pernas, nesta posição aumenta o retorno do fluxo sanguíneo cerebral (OLIVEIRA, 2014).

Como a causa do desmaio é uma redução acentuada do fluxo sanguíneo cerebral, a perda de consciência deve ser transitória e recuperação rápida. Ao contrário, a isquemia cerebral prolongada provocaria alguma lesão cerebral, levantando a suspeita de alguma condição neurológica, como acidente vascular cerebral, ataque isquêmico transitório, epilepsia, trauma encefálico, comas metabólicos etc. A redução prolongada do fluxo sanguíneo cerebral resultaria em seqüela neurológica permanente ou morte súbita cardíaca (RODRIGUES, VIEIRA, MELO, 2007).

Gráfico 06 - Os sinais e sintomas de um AVE são cefaleia acompanhada de tontura, confusão mental, perda da função de um dos lados do corpo, paralisia facial, alteração

dos sinais vitais (pulso rápido e respiração difícil) podendo até uma crise convulsiva e a um coma. Essa afirmação é:



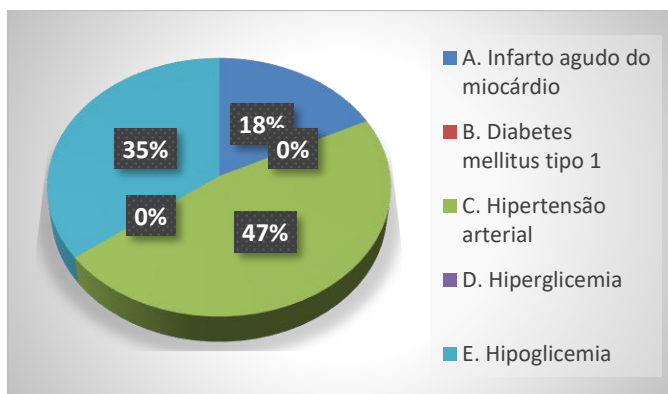
Fonte: Autora da pesquisa, 2016.

De acordo com o gráfico 06, observou-se que 94% (n=16) dos profissionais da saúde responderam corretamente. A equipe de enfermagem identificando os sinais e sintomas do AVE em um paciente, rapidamente vão encaminhar para consulta médica. Atendimento rápido diminui a chance de sequelas do paciente.

O AVE é a segunda causa de morte em todo o mundo, excedida apenas por doença cardíaca. O AVE apresenta danos nas funções neurológicas, motoras, sensoriais, comportamentais, perceptivas e da linguagem. A localização e extensão exata da lesão provocada determinam o quadro neurológico apresentado, o seu aparecimento é normalmente repentino, oscilando entre leves ou graves, relata Cancela (2008).

Santos (2014) relata que, “cefaleia acompanhada de tontura, confusão mental, perda da função de um dos lados do corpo, paralisia facial, alteração dos sinais vitais, pulso rápido e respiração difícil, crise convulsiva e até coma” são sinais e sintomas do AVE.

Gráfico 07 - Cefaléia, sudorese fria, dor em região da “nuca”, porém sem rigidez, mal-estar geral e ansiedade são sinais sintomas de



Fonte: Autora da pesquisa, 2016.

No gráfico 07, observou-se que só 47% (n=8) dos profissionais da saúde responderam corretamente. O resultado também preocupa, foi a segunda com mais porcentagens de erro. A hipertensão arterial é uma doença rotineira dentro do ESF e que acarreta muitas complicações futuras.

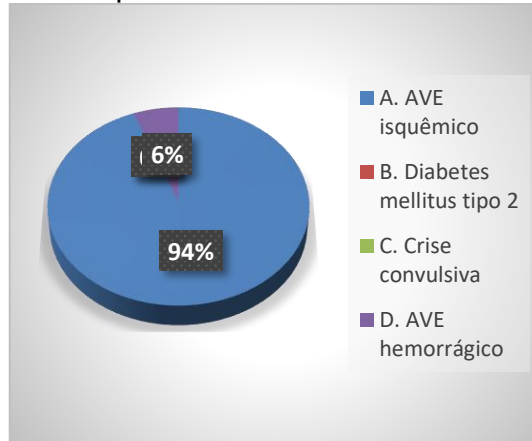
Os sinais e sintomas de HAS são “cefaleia, sudorese fria, dor em região da “nuca” (sem rigidez), mal-estar geral e ansiedade” (SANTOS, 2014).

Segundo Malachias, et. al. (2016),

[...] no Brasil, HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015.

Rosário et. al. (2009) relata que a HAS, doença mais frequente na população brasileira¹, tendo influência sobre o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV), estimando-se que aproximadamente 30 milhões de brasileiros são atingidos pela doença. A PA é uma variável linear e contínua que se associa positivamente com o risco cardiovascular, sendo que a relação entre morte por doença cerebrovascular. E Brasil (2013), relata que a HAS “é uma doença que representa um dos maiores problemas em saúde pública no Brasil e no mundo.”

Gráfico 08 - Complete a frase: _____ ocorre pelo entupimento do vaso por um êmbolo, ou até mesmo por um tumor ou trauma.



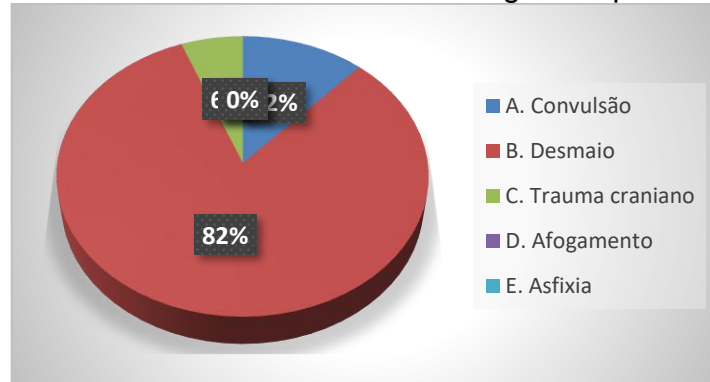
Fonte: Autora da pesquisa, 2016.

De acordo com o gráfico 08, observou-se que 94% (n=16) dos profissionais da saúde responderam corretamente. Uma das questões com mais acerto juntamente com a questão 06 que também foi abordado o assunto de AVE, a equipe demonstrou o conhecimento sobre ele.

O AVE isquêmico é “bastante comum no meio de atuação do médico e enfermeiro, é um distúrbio do sistema cardiovascular causado por oclusão parcial ou total dos vasos que suprem o cérebro” (SANTOS, 2014).

“Acidente vascular cerebral isquêmico (AVEI) pode ser causado por embolia ou trombose arterial” relata Braga, Alvarenga, Mores Neto (2003). No AVEI “ocorre pelo entupimento do vaso por um trombo ou êmbolo ou até mesmo por um tumor ou trauma. Como consequência, a oxigenação do cérebro é prejudicada parcialmente” (SANTOS, 2014).

Gráfico 09 - A posição em decúbito dorsal/horizontal com os membros inferiores elevados é indicada em casos de atendimento emergencial para:



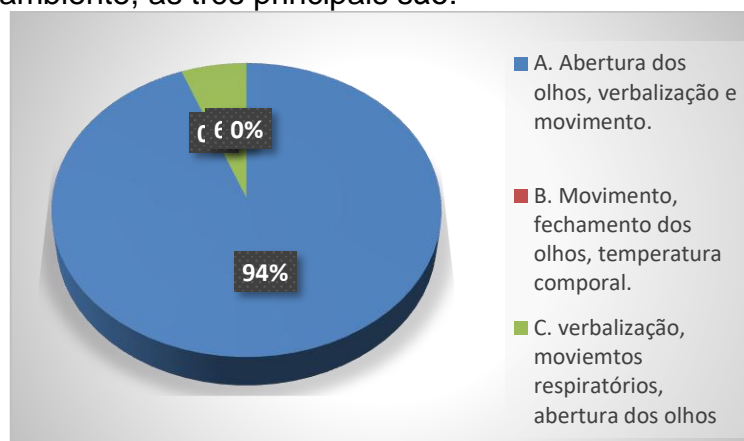
Fonte: Autora da pesquisa, 2016.

De acordo com o gráfico 09, observou-se que 82% (n=14) dos profissionais da saúde responderam corretamente.

Manter o paciente deitado, colocando sua cabeça e ombros em posição mais baixa em relação ao resto do corpo em um desmaio (BRASIL, 2003).

Nunes, Melo e Souza (2010) no desmaio deite o paciente e levante suas pernas para que o retorno venoso possa acontecer; assim, o coração bombeia mais sangue para o cérebro.

Gráfico 10 - A escala de coma de Glasgow permite classificar objetivamente respostas do paciente ao ambiente, as três principais são:



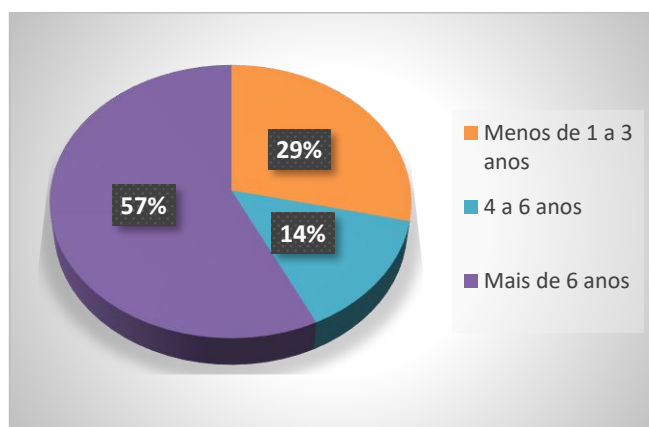
Fonte: Autora da pesquisa, 2016.

De acordo com o gráfico 10, observou-se que 94% (n=16) dos profissionais da saúde responderam corretamente.

Segundo Oliveira, Pereira e Freitas (2014) a escala de coma de glasgow define o nível de consciência mediante a observação da abertura ocular, resposta verba e resposta motora.

Ela avalia a gravidade por meio da descrição somatória de três parâmetros, abertura ocular (pontuação de 1 a 4), melhor resposta verbal (de 1 a 5 pontos) e melhor resposta motora (1 a 6 pontos) (SETTERVALL, 2010).

Gráfico 11 - Realizou treinamento há quanto tempo



Fonte: Autora da pesquisa, 2016.

Quanto ao treinamento, 82% (n=15) dos participantes receberam treinamento de urgência e emergência e 18% (n=2) não receberam. Com o gráfico 11 observou-se que 57% (n=8), maioria dos profissionais, receberam treinamento há mais de 6 anos, sendo assim, não estão atualizados. E também 50% (n=7) deles relataram que realizaram o treinamento no curso técnico/graduação, 43% (n=6) em outros e só apenas 7% (n=1) na unidade de saúde.

Como 70% (n=12) está na profissão há mais de 9 anos, ter esse treinamento só no curso técnico/graduação, é muito tempo, precisa-se manter atualizado, pois mudanças sempre estão sendo realizadas, para um atendimento eficaz, faz diferença. E outro ponto é que as unidades de saúde não estão realizando treinamentos, em busca de um melhor atendimento e de entrosamento na hora de uma urgência e emergência.

Também nenhuma das UBS-ESF possui protocolo ou POP para atendimento de urgência e emergência.

Além do conhecimento, é necessário materiais para prestar um atendimento de qualidade. Segundo Brasil II (2014) é necessário os materiais citados na tabela 1.

TABELA 1 - Insumos para atendimento de urgência e emergência na unidade

MATERIAIS	TOTAL
Frascos de soro fisiológico 0,9% de 500 ml	100%
Equipo para soro simples	
Conexões de duas vias	
Garrote	
Rolo de esparadrapo comum	
Cateter para punção periférica tipo abocatch tamanhos 24g, 22g	
Seringa de 10 ml sem agulha	
Agulha 40/12	
Seringa de 5 ml sem agulha	
Ampolas de água destilada de 10 ml	
Pacote de gazes estéreis	
Torpedo/cilindro de oxigênio de 1 m ³ , com válvula, fluxômetro, umidificador de 250 ml e 2 m de tubo de intermediário de silicone	
Oxímetro de pulso	
Sistema bolsa-máscara auto inflável adulto com máscara transparente (ambu)	
Sistema bolsa-máscara auto inflável infantil com máscara transparente (ambu)	
Máscaras de nebulização adulta	
Máscara de nebulização pediátrica	
Aparelho para nebulização	
Sondas (vesicais, de aspiração, nasogástrica)	
Aparelho medidor de glicemia e fitas	
Aparelho de aspiração	
Ampolas de adrenalina/epinefrina	
Frasco de hidrocortisona de 500 mg	
Ampolas de glicose 50%	
Frascos de soro fisiológico 0,9% e soro glicosado 5%	

Frascos de prometazina	
Ampolas de diazepam	
Frasco de ipratrópio	
Frasco de fenoterol	
Cartela de ácido acetilsalicílico	
Medicamentos anti-hipertensivos	
Medicamentos hipoglicemiantes	
Medicamentos insulina	
Antibióticos (para administrar a primeira dose na própria unidade nos casos de pneumonia em crianças)	
Analgésicos (enteral e parenteral)	
Antitérmicos (enteral e parenteral)	
Morfina parenteral	
Furosemida injetável	
Máscaras descartáveis	
Luvas de procedimentos e estéreis descartáveis	
Óculos	
Cateter para punção periférica tipo abocatch tamanhos 18G, 16G e 14G	75%
Maleta tipo de ferramenta de 16” com alça para carregar	
Laringoscópio adulto e infantil	
Tubo endotraqueal	
Cânula de Guedel números 0 à 5	
Ampolas de atropina	
Cartela de dinitrato de isossorbida 5 mg, via sub lingual ou injetável	
Sistema bolsa-máscara auto inflável neonatal com máscara transparente (ambu)	50%
Cateteres para oxigênio tipo óculos	
Frascos de hidrocortisona de 500 mg	
Ampolas de haloperidol	
Avental	

Todos estes itens de urgência e emergência estão em um mesmo local que facilite o atendimento dos casos? (ex: em uma sala na unidade para atendimento de urgência; em uma maleta)	
Colar cervical adulto e infantil	25%
Caixa organizadora com pelo menos oito divisórias	0%
Medidores de pico de fluxo (peakflow) reutilizáveis	
Ampolas de soro fisiológico 0,9%	
Morfina enteral	

Fonte: Autora da pesquisa, 2016.

Com a tabela 01, pode-se observar que todos os ESF possuem a maioria dos materiais exigidos pelo PMAQ, e também fazem parte do programa. Na avaliação do PMAQ é observado a estrutura, recursos humanos, equipamentos, materiais e programas realizados. Conforme a nota final recebem um incentivo financeiro que é dividido com a prefeitura e profissionais de saúde do ESF (BRASIL, 2016).

O PMAQ tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde e elevando o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento (BRASIL II, 2014)

E alguns materiais essenciais para um atendimento de urgência e emergência clínica estão em falta em um ESF, como observado na tabela 01.

De acordo com Oliveira (2014), esses equipamentos são importantes para:

Laringoscópio é utilizado na intubação orotraqueal, oferece uma visão da laringe;

O tubo orotraqueal tem a finalidade de garantir a permeabilidade da via aérea, possibilitando a ventilação mecânica ou manual;

A canula de guedel é uma cânula orofaríngea que possibilita manter as vias aéreas abertas de um paciente que se encontra sem o reflexo de vômito;

O ambú faz parte para reanimação manual, possibilita a administração manual de oxigênio ou ar ambiente aos pulmões de um doente que não pode respirar por si. E deve ser usado conforme tamanho da pessoa, adulto, infantil e neonatal;

Abocahtch números 18G, 16G e 14G são usados para acesso venoso periférico, indispensável para situações de urgência e emergência, para prover infusão de grandes volumes, drogas de efeitos diversos e de rápida resposta. E nas urgências e emergência é dado preferência de acessos venoso periféricos calibrosos;

A atropina uma das indicações é “no tratamento de arritmias ou bradicardia sinusal severa e síncope devido à hiperatividade do reflexo sino-carotídeo, no controle do bloqueio cardíaco atrioventricular decorrente de um aumento da atividade vagal;

A issorsibida é indicada “no tratamento de angina pectoris e na profilaxia em situações que podem desencadear uma crise de angina como, por exemplo, estresse físico ou emocional.”

O Peak Flow é um medidor de pico de fluxo expiratório. Evidências demonstram que a gravidade da crise asmática é mais fidedignamente diagnosticada pelo desfecho, após introdução de medicamento abortivo da crise, do que pela apresentação clínica inicial. Os pacientes que não atingem 45% do previsto do pico de fluxo expiratório (PFE), após a administração de 5mg a 10mg de salbutamol por nebulização, constituem um grupo de pior prognóstico que, em geral, necessita de internação hospitalar (BRASIL, 2013).

Também observou-se que em 75% dos ESF não possuem o desfibrilador, que seria o “D” do C-A- B-D da cadeia de sobrevivência.

Segundo Araujo et. al., (2008), há relatos de recuperação de até 40% dos ressuscitados nos casos em que a RCP teve início até quatro minutos após a parada cardiorrespiratória, e que a desfibrilação elétrica ocorreu em até 8 minutos. E quando demora mais de dez minutos diminui a praticamente zero a possibilidade de a vítima se recuperar sem dano cerebral significativo. E nos casos de parada cardíaca súbita, o ritmo mais frequentemente observado é a FV, o tratamento realmente eficaz é a desfibrilação elétrica, sem a desfibrilação com o passar do tempo a FV tende a se transformar em assistolia em poucos minutos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os objetivos e com os resultados obtidos, notou-se a deficiência e a falta de treinamento na prestação de atendimentos de acordo com as diretrizes para RCP e ACE aprovadas em 2015, o C-A-B-D, o qual é muito importante para a sobrevivência do paciente. Houve também a percepção da dificuldade na identificação dos sinais e sintomas da HAS, sendo esta uma doença rotineira no ESF e que acomete uma quantidade significativa da população brasileira, acarretando lesão aguda de órgãos-alvo e risco iminente de morte, que necessitam de redução imediata da PA e consequências futuras como cardíacas e renais.

Quanto aos materiais e equipamentos, as unidades, por fazerem parte do programa PMAQ, possuem a maioria, no entanto, ainda há a ausência de alguns instrumentos e medicamentos importantes para o atendimento de urgência e emergência, como laringoscópio, tubo endotraqueal, atropina, isossobida, abocaht para acessos calibrosos, cânula de guedel e ambú.

Constatou-se a necessidade da realização de um treinamento para as equipes, uma vez que a maioria relatou que só realizou no tempo do curso/graduação e grande parte dos profissionais está há mais de nove anos na profissão.

Além disso, nenhuma das equipes de ESF possui um protocolo ou POP para atendimento de urgência e emergência, a partir do qual a equipe poderia tirar as dúvidas sobre o prosseguimento do atendimento e acerca do papel de cada um neste. Por esse motivo e por ser um dos objetivos da pesquisa, é sugerido um fluxograma de atendimento em PCR de adultos, visto que foi onde se verificou a maior dificuldade.

REFERÊNCIAS

ALVES, Marília; SILVA, Andréa Fonseca; NEIVA, Lílian Colares Fulgêncio. Atendimento de urgência: o transporte sanitário como observatório de saúde de Belo Horizonte. **REME rev. min. enferm**, v. 14, n. 2, p. 181-187, 2010.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Atualização das diretrizes de RCP e ACE**. 2015. Disponível em: <<https://eccguidelines.heart.org/wp->

content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2016.

ARAÚJO, Karina Aparecida de et al. Reconhecimento da parada cardiorrespiratória em adultos: nível de conhecimento dos enfermeiros de um pronto-socorro municipal da cidade de São Paulo. **Rev Inst Cienc Saúde**, v. 26, n. 2, p. 183-90, 2008.

AZEVEDO, Danielle Sandra da Silva de; TIBÃES, Hanna Beatriz Bacelar; ALVES, Álvia Maria Tereza. Determinantes da procura direta pela população com acometimentos preveníveis no pronto atendimento. **Rev Enferm Ufpe**, Recife, v. 10, n. 8, p.3306-3313, out. 2014.

BRAGA, Jorge Luiz; ALVARENGA, Regina MP; MORES NETO, João B. Mascarenhas. Acidente vascular cerebral. **Rev Bras Med**, v. 60, n. 3, p. 88-96, 2003.

BRASIL I, MINISTERIO DA SAÚDE. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: MS, 2010. 152 p.

BRASIL I, MINISTERIO DA SAÚDE. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: MS, 2014. 118 p.

BRASIL II, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ. (PMAQ)**. 2ed. Brasília: MS, 2014. 176 p.

BRASIL II, MINISTÉRIO DE BELO HORIZONTE. **Nota Técnica nº 007/2010**. 2010. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjUqti-upnMAhWKDJAKHR1pAPkQFggdMAA&url=https://www.mpmg.mp.br/lumis/portal/fileDownload.jsp?fileId=8A91CFAA415B086D01416F9F5DB97387&usg=AFQjCNGrek4vM-pk7w1wBb93LyCK3O8laA>>. Acesso em: 05 abr. 2016.

BRASIL MINISTERIO DA SAÚDE. **Acolhimento a demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica**. Brasília: MS, 2013. 290 p.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Instrumento de avaliação externa do saúde mais perto de você – acesso e qualidade**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: MS, 2016. 98 p

BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE. **Manual de primeiros socorros**. Rio de Janeiro: MS, 2003. 207 p.

BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE. **PNAB Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012. 110 p.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprovar na forma do anexo desta portaria, o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência**. 2002. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>.
Acesso em: 10 maio 2016.

CANCELA, Diana Manuela Gomes. **O acidente vascular cerebral: classificação, consequências e reabilitação.** 2008. 18 p. Trabalho (Graduação) Curso de Psicologia, Universidade Lusíada do Porto, 2008.

CATERINO, Joffrey M.; KAHAN, Scott. **Emergências médicas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 300 p. Tradução de: Fernando Diniz Mundin, Maria de Fátima Azevedo.

CONFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Classificação de risco por cores: uma ferramenta de avaliação em emergência. 2011. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=354:classificacao-de-risco-por-cores-uma-ferramenta-de-avaliacao-em-emergencia&catid=39:blog&Itemid=65>. Acesso em: 26 maio 2016.

CORPO DE BOMBEIROS DE MATO GROSSODO SUL. **Protocolo de atendimento pré hospitalar.** 2014.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS. **Curso de Especialização em Saúde da Família–UNA-SUS| UNIFESP,** 2012.

FLORIANO, Cinthya Oliveira. **Manual de primeiros socorros.** 2009. Disponível em: <http://www.cni.unc.br/unc2009/associacao/associacao_materiais/Manual_primeiros_socorros.pdf>. Acesso em: 08 out. 2016.

GARCIA, Alessandra Bassalobre; PAPA, Marília Angelina Ferreira; CARVALHO JÚNIOR, Paulo Marcondes. Estratégia de Saúde da Família: capacidade da equipe para o atendimento de urgência e emergência. **Nursing,** São Paulo, v. 167, n. 14, p.216-220, 2012.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa.** 2009. Porto Alegre: Editora da UFRGS.120p.

GONZALEZ, Maria Margarita et al. I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia,** v. 101, n. 2, p. 1-221, 2013.

HOSPITAL SANTA CRUZ. Triagem nas emergências segue nova Classificação de Risco. 2015. Disponível em: <<http://www.hospitalstacruz.com.br/triagem-nas-emergencias-segue-nova-classificacao-de-risco/>>. Acesso em: 26 maio 2016.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. **Protocolo de atendimento a parada cardiorespiratória (PCR).** 2009. Disponível em: <<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/institucional/gestao-da->

qualidade/Documents/protocolo-parada-cardiorespiratoria.pdf>. Acesso em: 11 set. 2016.

KAUARK, Fabiana da Silva; MANHÃES, Fernanda Castro; MEDEIROS, Carlos Henrique. **Metodologia da pesquisa: um guia prático**. 2010. Itabuna: Via Litterarum. 88p.

LIMA, Fabiane da Silva Severino et al. **O atendimento de urgência oferecido por profissionais da ESF da ser II de Fortaleza**. 2009. Disponível em: <www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/02530.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2016.

LOMBA, Marcos; LOMBA, André. **Clínica médica: diagnóstico e tratamento**. Olinda: Grupo Universo, 2003. 96 p.

LUNA FILHO, Bráulio; VIANA, Roberto Márcio. Infarto agudo do miocárdio. **Rev Bras Med**, v. 59, n. 12, p.129-132, dez. 2002. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=2179&fase=imprime>. Acesso em: 12 set. 2016.

MALACHIAS, Marcus Vinicius Bolivar et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, p.1-83, set. 2016.

MIRANDA, Fabio Guimarães. **Ressuscitação cardio-pulmonar-cerebral**. 2010. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/7179149-Ressuscitacao-cardio-pulmonar-cerebral.html>>. Acesso em: 12 set. 2016.

NITSCHKE, Cesar Augusto Soares; NAZARIO, Nazaré Otília. **Urgência e emergência**. Curso de especialização em saúde da família. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2010. Disponível em: <[related:https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/197/MOD15.pdf?sequence=1](https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/197/MOD15.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 09 abr.

NÓBREGA, Danielly Monteiro; BEZERRA, André Luiz Dantas; SOUSA, Milena Nunes Alves de. Conhecimentos, atitudes e práticas em urgência e emergência na atenção primária à saúde. **Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR**, v. 8, n. 2, 2015.

NUNES, Tarcizo Afonso; MELO, Maria do Carmo Barros de; SOUZA, Claudio de. **Urgência e emergência pré-hospitalar**. 2. ed. Belo Horizonte: Folium, 2010. 320 p.

OLIVEIRA, Débora Moura da Paixão; PEREIRA, Carlos Umberto; FREITAS, Zaira Moura da Paixão. Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia. **Arq. bras. neurocir**, 2014.

OLIVEIRA, Millena de; TRINDADE, Marcela Ferreira. Atendimento de Urgência e Emergência na Rede de Atenção Básica de Saúde: Análise do Papel do Enfermeiro e o Processo de Acolhimento. **Rev Hórus**, v. 2, n. 4, 2010.

OLIVEIRA, Norival Santolin. **Atendimento pré-hospitalar traumático e clínico APHTC**. Goiânia: AB, 2014. 325 p.

OLIVEIRA, Thais Alexandre; DE MESQUITA, Gerardo Vasconcelos. Atendimento de urgência e emergência na Estratégia Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 2, p. 128-136, 2013.

PAZIN-FILHO, Antônio et al. Parada cardiorrespiratória (PCR). **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 36, n. 2/4, p. 163-178, 2003.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida; LUMER, Sandra. O papel da saúde da família na atenção às urgências. **Rev. APS**, v. 14, n. 3, 2011.

RODRIGUES, Thiago da Rocha; VIEIRA, Maria da Consolação; MELO, Celso Salgado de. Perdas transitórias de consciência e convulsões: epilepsia ou síncope?. **Revista Latino-Americana de Marcapasso e Arritmia**, v. 20, n. 4, p. 231-247, 2007.

ROMANI, Humberto Menon et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**, v. 17, n. 1, 2009.

ROSÁRIO, Tânia Maria do et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres-MT. **ArqBrasCardiol**, v. 93, n. 6, p. 672-678, 2009.

SAMPAIO, Elieusa e Silva. **Fatores relacionados ao retardo pré-hospitalar de pessoas com infarto agudo do miocárdio**. 2008. 75 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem na área de Concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008

SANTOS FILHO, Luiz Alberto Marques. Revisão sistemática do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco. 2013. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1975&Itemid=283>. Acesso em: 26 maio 2016.

SANTOS, Nívea Cristina Moreira. **Urgência e emergência para a enfermagem: do atendimento pré-hospitalar (APH) à sala de emergência**. 6ªed. São Paulo, Látria, 2010. 224 p.

SANTOS, Nívea Cristina Moreira. **Enfermagem em pronto atendimento: urgência e emergência**. São Paulo: Érica, 2014. 136 p.

SANTOS, Nívea Cristina Moreira. **Urgência e emergência para a enfermagem.1** . ed. São Paulo: Látria, 2003. 126 p.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, EsteraMuszkat. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 2001. 3ed. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Laboratório de Ensino a Distância. 121 p. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/57162176/LIVRO-Metodologia-da-Pesquisa-e-Elaboracao-de-Dissertacao-3a-edicao>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

SILVA, Jéssica Pereira da; CABRAL, Érica Chaves; NUNES, Simony Fabíola Lopes. **Urgências de baixa complexidade e o acolhimento dos quadros agudo**. 2012. Disponível em: <<http://www.sbpnet.org.br/livro/65ra/resumos/resumos/5307.htm>>. Acesso em: 25 mar. 2016.

SOARES, Stefânia Santos; LIMA, Luciana Dias de; CASTRO, Ana Luisa Barros de. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care**, v. 5, n. 2, p. 170-177, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. 2010. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/Diretrizes/V_Diretrizes_Brasileiras_de_Hipertensao_Arterial.pdf>. Acesso em: out. 2016.

SOUZA, Raíssa Silva; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 581-586, 2008.

STETERVALL, Cristina Helena Constanti. **A escala de coma de glasgow como indicador de mortalidade e qualidade de vida em vítimas de TCEC**. 2010. 96 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem na Saúde do Adulto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

TALLO, Fernando Sabia et al. Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. **Rev Bras Clin Med**, v. 10, n. 3, p. 194-200, 2012.

TORRES, Ana Amália Pereira; SANTANA, Bianca Palma. Enfrentamento das emergências pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Journal of Nursing and Health**, v. 1, n. 1, p. 107-112, 2011.

VIEIRA, Valter Afonso. As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing. **Revista da FAE**, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 61-70, 2002.

ZANINI, Juliana; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; BARRA, Daniela Couto Carvalho. Parada e reanimação cardiorrespiratória: conhecimentos da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 18, n. 2, p. 143-7, 2006.

CONHECIMENTO DOS BACHARÉIS EM EDUCAÇÃO FÍSICA SOBRE ATENDIMENTO EMERGENCIAL: UMA PESQUISA INVESTIGATIVA

Islan Reynolds Góis¹
Eliani Aparecida Winhar Krug²
Andrey Portela³

RESUMO: Em consequência da grande procura por academias para treinamento, pode ocorrer aumento do número de praticantes favoráveis a acidentes durante a prática. Ainda que o exercício seja bem elaborado qualquer erro por parte do profissional ou do cliente pode ter grandes consequências. Desta forma é muito relevante que o professor de Educação Física se mantenha atualizado em relação às novidades na área de Primeiros Socorros, pois o professor será a primeira pessoa a presenciar o acidente e normalmente não há médicos, enfermeiros ou socorristas, e este deve prestar o socorro imediato dentro de suas habilidades e condições. Portanto a importância deste estudo se dá pelo fato de que não mais se limita a educação física a esporte e estética, mas, principalmente como forma de promoção da saúde e prevenção de doenças degenerativas. Dessa forma a presente pesquisa teve como tema os saberes sobre atendimento emergencial e primeiros socorros de profissionais atuantes na área do bacharelado em educação física com o intuito de analisar o nível de conhecimento dos bacharéis em situações de atendimento emergencial. Para isso foi utilizada a pesquisa aplicada, quantitativa exploratória de campo, aplicada nas academias do município de União da Vitória e Porto União, com 26 bacharéis em Educação Física. Obteve-se foi identificado que os professores possuem conhecimentos sobre atendimento emergencial, onde a maioria além do aprendizado na graduação buscaram por cursos e treinamentos para se melhor capacitar e ao se depararem com situações reais de emergência saberão como proceder aos primeiros socorros. Ao final da pesquisa o pesquisador tem resultado satisfatório por seus objetivos com a pesquisa terem sido alcançados.

PALAVRAS-CHAVE: Emergência, Primeiros Socorros, Atividade Física.

ABSTRACT: As a result of the great demand for training academies, there may be an increase in the number of practitioners who are accident-friendly during practice. Even if the exercise is well elaborated any mistake on the part of the professional or the client can have great consequences. In this way it is very important that the Physical Education teacher keeps up to date with the news in the area of First Aid, since the teacher will be the first person to witness the accident and usually there are no doctors, nurses or rescuers, and this one must provide the immediate help within your abilities and conditions. Therefore, the importance of this study is due to the fact that it is no longer limited to physical education, sports and aesthetics, but mainly as a form of health promotion and prevention of degenerative diseases. Thus, the present research had as its theme the knowledge about emergency care and first aid of professionals working in the area of the baccalaureate in physical education in order to analyze the level of knowledge of bachelors in situations of emergency care. In order to do this, we applied the applied field exploratory quantitative research applied in the academies of the city of União da Vitória and Porto União, with 26 bachelors in Physical Education. Obtained was identified that teachers have knowledge about emergency care, where most of the undergraduate learning sought for courses and training to better enable and when faced with real emergency situations will know how to proceed to first aid. At the end of the research the researcher has had satisfactory results because his / her research objectives were achieved.

KEYWORDS: Emergency, First Aid, Physical Activity.

¹ Acadêmico do 8º Período do curso de Bacharelado em Educação Física das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

² Professora orientadora. Docente do curso de Educação Física e Enfermagem das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu –UNIGUAÇU.

³ Graduado em Educação Física e Desportos. Mestre em Ciências do Movimento Humano. Doutor em Atividade Física e Saúde. Professor nas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – Uniguaçu.

1 INTRODUÇÃO

A prática regular de exercícios físicos torna-se um elemento essencial para a promoção da saúde, o que auxilia na prevenção de doenças que acometem diferentes indivíduos e grupos populacionais. Se bem elaborada e orientada a atividade física traz inúmeros benefícios, como por exemplo o aumento da densidade mineral óssea, o controle de peso, o controle de ansiedade e, menor risco do aparecimento de doenças cardíacas, etc. (NAHAS, 2006).

Como os benefícios da atividade física são frequentemente divulgados nas mídias, ainda a sociedade em si exige padrões estéticos e hábitos saudáveis, cada dia aumenta a procura por profissionais por academias, locais esses que proporcionam programas de treinamentos e atividades físicas com a finalidade de que a curto ou longo prazo o indivíduo desfrute das vantagens que esta prática proporciona.

Com o aumento da procura por academias para treinamento, ocorre o acréscimo, também no número de praticantes favoráveis a acidentes durante a prática. Desta forma cuidados especiais devem ser tomados, principalmente em atividades que exijam alta frequência cardíaca e a possibilidade de traumas visando a prevenção.

Com essas colocações, remete-se ao bacharel em Educação Física, que durante sua atuação profissional trabalha com a ação corporal e suas manifestações, muito provavelmente irá se deparar ao longo de sua vida profissional com situações que seus clientes necessitem de algum atendimento emergencial, decorrente de lesões ou acidentes durante a prática.

Assim quando se fala em atendimento emergencial, lembra-se de acidente. Esse é definido como acontecimentos não previstos ou indesejáveis, que de alguma maneira atinge os indivíduos envolvidos causando-lhes alguma forma de lesão ou dano (KARREN, 2013).

E, para definir primeiros socorros, Flegel (2012) descreve que os primeiros socorros são a assistência dada a uma pessoa logo após ela ter ficado doente ou ferida.

Dessa forma a presente pesquisa tem como tema os saberes sobre atendimento emergencial e primeiros socorros de profissionais atuantes na área do bacharelado em educação física com o intuito de analisar o nível de conhecimento dos bacharéis em situações de atendimento emergencial. Entende-se que seja muito importante que estes profissionais estejam bem preparados, caso ocorra uma emergência em seu local de trabalho.

A presente pesquisa trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, qualitativa, quantitativa, exploratória, aplicada em academias dos municípios de União da Vitória – PR e Porto União – SC os envolvidos no estudo foram Bacharéis em Educação Física, de ambos os sexos, Atuantes nas cidades acima citadas. A pesquisa teve como instrumento um questionário com perguntas abertas e fechadas elaborado pelo autor da pesquisa e validado contendo perguntas relacionadas ao atendimento emergencial bem como prevenção de acidentes com objetivo de saber o conhecimento dos bacharéis sobre primeiros socorros. Os dados foram tratados comparando as respostas dos profissionais bacharéis de educação física. As análises se deram mediante estatística descritiva. As perguntas que permitiram respostas abertas foram tabuladas considerando a concordância das respostas. Sendo apresentados os dados em forma de gráficos e ou em argumentação discursiva.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Primeiros socorros e atendimento emergencial

Conforme entendido por Silva et al (2012) pode se definir primeiros socorros como um atendimento imediato e por determinado tempo de uma vítima de acidente ou pessoa adoecida de forma repentina, podendo ser ainda o atendimento em residência quando não se tem acesso ao médico ou durante espera de socorro especializados

Segundo Evangelista Neto (2014) o trauma está presente em todos os locais, tendo sua ocorrência afetado cada vez mais o público de academias. Defende o autor que se faz necessária a divulgação de técnicas e noções de primeiros socorros para que com esses conhecimentos o profissional possua as capacidades necessárias à identificação e tratamento, para estabilizar a vítima e retirar o risco de morte imediata.

O atendimento emergencial caracteriza-se pela avaliação e detecção de risco para a vida da vítima, realização de procedimentos simples, mas com objetivo de salvaguardar a vida da vítima e evitar agravamento da situação, bem como o acionamento do socorro especializado ou transporte até uma casa hospitalar mais próxima (MALVESTIO, 2006).

2.2 Formação e capacitação do profissional

Alves e Silva (2011) perceberam que não existe uma igualdade de componentes curriculares nos cursos de graduação na área da educação física tanto em bacharelado como em licenciatura, em diversas Instituições de Ensino Superior (IES) no Brasil.

De acordo com os autores, o Ministério da Educação (MEC) não determina uma padronização das matrizes dos componentes curriculares, ementas ou respectivos conteúdos. Somente orienta a respeito das cargas horárias totais de cada curso, que são 3200 horas/aulas para bacharel e 2800 horas/aulas para licenciatura.

Para Senna et al (2008) os Profissionais de educação física devem estar preparados para prestar o socorro pois este primeiro atendimento aos pequenos acidentes pode ser fundamental para o salvamento de vidas.

Para Evangelista Neto (2014) em caso de incapacidade para atuar no atendimento ou insegurança por parte do profissional pode ser descaracterizado de omissão de socorro se o profissional contatar equipes de emergência. Para o autor “chamar o socorro especializado, em casos que a pessoa não possui treinamento ou não se sente segura, já descaracteriza a omissão de socorro”.

De acordo com Evangelista Neto (2014) ao se prestar os primeiros socorros deve-se tomar as medidas possíveis de prevenção, pois existem diversos riscos

durante o atendimento, podendo ser perigos a integridade física ou mental (Biológicos, Ergonômicos, Físicos, Químicos)

Siebra e Oliveira (2010) pesquisaram sobre o conhecimento de primeiros socorros por parte de acadêmicos estagiários de educação física e apesar de os professores garantirem ter trabalhado disciplinas relativas a primeiros socorros em suas aulas, a maioria dos alunos entrevistados não soube como agir adequadamente diante de situações de emergência ocorridas nas suas práticas.

Para Evangelista Neto (2014) qualquer profissional que tenha realizado algum curso de aperfeiçoamento ou até mesmo da graduação sobre primeiros socorros, tem que ter em mente que as técnicas e práticas aprendidas estão em constante atualização e, portanto, um curso é apenas o início para uma eficiente atuação.

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Educação Física, de 18/02/2004, a Graduação em EDF, na categoria Bacharelado, forma profissionais atuação na área não-escolar como exemplo: clubes, academias, centros comunitários, hotéis, associações recreativas, empresas e outros, cujo objetivo é formar o profissional para atuar no planejamento, orientação e avaliação de programas de atividades físicas e saúde para grupos de crianças, jovens, adultos e idosos em condições saudáveis ou integrantes de grupos especiais, com fatores de risco, portadores de deficiência, gestantes e outros.

Já, na modalidade Licenciatura passou a formar profissionais exclusivamente para a Educação Básica, ou seja, para atuar nas escolas de Educação Infantil e do Ensino Fundamental e Médio, bem como para desempenhar atividades de planejamento, coordenação e supervisão de atividades pedagógicas do sistema formal de ensino. Podendo o licenciado atuar em pesquisas relacionadas ao ensino e suas interfaces com outras áreas de estudo. Entretanto, os novos licenciados não podem atuar em academias, clubes e outros espaços não-escolares (DCN, 2004).

2.3 Possíveis situações no ambiente de treinamento

2.3.1 ENTORSES

Segundo Silveira e Moulin (2006), entorse define-se como a separação momentânea das superfícies ósseas ao nível da articulação, limitando-se apenas ao comprometimento dos ligamentos. Este tipo de lesão, pelo comprometimento de estruturas articulares, pode demorar muito tempo para curar. Por isso, sempre que possível, deve-se proteger as articulações mais sujeitas a movimentos bruscos com bandagens ou material sintético durante o exercício, a fim de prevenir esse tipo de acidente.

2.3.2 LESÕES MUSCULARES

Silva (1998) define o quadro clínico desta patologia como dor intensa no local, acometimento funcional imediato e com as fibras musculares tensas predispostas a ruptura aliado ao alto fluxo sanguíneo durante o exercício facilitará a formação de um hematoma.

2.3.3 FRATURAS

A fratura é segundo Pórcides (2006), uma lesão óssea de origem traumática, produzida por trauma direto ou indireto. Em esporte que há muito contato físico são comuns ocorrerem fraturas, portanto é importante o bacharel em educação física possuir conhecimentos necessários para intervir e minimizar as consequências deste acidente.

Silveira (1995), comenta que quanto a sinais e sintomas a pessoa pode apresentar inchaço, dor, deformidade no membro fraturado, aumento do volume devido ao sangramento no local, e perda da funcionalidade do membro dificultando os movimentos. Deve-se ter muito cuidado com suspeita de fraturas na região cervical, pois qualquer movimento indevido pode causar danos irreparáveis na medula,

qualquer suspeita de fratura na lesão cervical deve ser tratada de forma prioritária, imobilizando a área de preferência com colar cervical.

2.3.4 CÃIBRAS

Segundo Flegel (2010), as caibras são espasmos musculares repentinos, que o indivíduo não pode controlar. A literatura ainda não pode afirmar com exatidão qual a sua causa, mas os principais motivos podem ser desidratação, perda de sódio e potássio, baixo fluxo sanguíneo para músculos, doenças metabólicas e excesso de exercício físico.

2.3.5 HEMORRAGIAS

Silveira e Moulin (2006) referem-se a hemorragia como perda de sangue provocada por rompimento de veias, artérias ou capilares.

A hemorragia de origem artéria é bem perigosa pois possui sangramento que esguicha com coloração viva e de difícil controle; já a hemorragia de origem venosa possui coloração mais escura com fluxo contínuo e de baixa pressão. A hemorragia capilar possui coloração avermelhada e de fácil controle (PÓRCIDES, 2006).

2.3.6 DESIDRATAÇÃO

A vítima de desidratação pode apresentar língua e mucosas secas, febre, náuseas e vômito, diarreia e até perda da consciência.

Diante de um quadro de desidratação, os procedimentos ideais a se fazer seriam retirar o máximo possível de roupas da vítima colocando-a em um lugar arejado e em doses pequenas oferecer uma solução hidratante. Em boa parte dos casos este procedimento é suficiente, porém em casos mais severos onde ocorram vômitos constantes e prostração intensa deve-se internar a vítima em uma casa hospitalar (SILVA, 2008).

2.3.7 AFOGAMENTOS

Silva (2008), define que afogamento é a insuficiência respiratória causada por aspiração de líquido, o que ocasiona ao organismo alterações bioquímicas pela penetração de solução hipotônica (água doce) e hipertônica (água salgada).

2.3.8 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

A parada cardiorrespiratória é a interrupção da função ejetora do miocárdio, vindo a afetar por consequência o sistema respiratório e o sistema nervoso central. (SILVEIRA, 2014).

Silva (1998) deixa evidente que a parada cardiorrespiratória é a emergência que requer o mais rápido e preciso atendimento, sendo assim o profissional de educação física precisa estar preparado para poder realizar as manobras adequadamente.

Como principais causas desta patologia estão as asfixias, intoxicação, afogamentos, choques elétricos, traumatismos e acidentes vasculares cerebrais (AVC's). E como diagnóstico clínico apresenta perda de consciência, ausência de movimentos respiratórios, cianose das extremidades, ausência de pulso e dilatação de pupilas. (SILVEIRA; MOULIN, 2006).

Flegel (2014) relata que se os primeiros socorros não se iniciarem até 6 minutos após o início da parada cardiorrespiratória, haverá danos cerebrais permanentes ou até possível óbito do atleta.

2.3.9 CONVULSÕES

Segundo Flegel (2010), a definição para convulsão seria um episódio de atividade elétrica anormal no cérebro podendo alterar o estado de alerta, comportamento e controle muscular do atleta. Principais causas podem ser epilepsia,

traumas na cabeça, tumores cerebrais, uso contínuo de drogas, febre alta, infecções e parada respiratória.

2.3.10 SÍNCOPE

Segundo Rocha (2006) A definição de síncope seria uma perda temporária da consciência causada pela redução do fluxo sanguíneo na região cerebral, com perda dos tônus postural e rápida recuperação espontânea.

Gouveia (2011) diz em sua obra que é de fundamental importância que todo indivíduo que apresente uma síncope procure uma unidade de pronto atendimento e seja atendido por um médico. Uma vez que podemos estar lidando com as causas malignas que podem trazer risco de vida ao indivíduo.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para elucidar a presente pesquisa foram entrevistados 26 profissionais de Educação Física, que atuam na área do bacharel em Educação Física nas cidades de União da Vitória PR e Porto União SC, sendo utilizado um questionário com questões relacionadas ao conhecimento sobre atendimento emergencial.

Caracterizando os participantes da pesquisa, a média de idade dos professores participantes do estudo foi de 29 anos, de ambos os sexos, com mais de um ano de atuação na área; 58% dos profissionais possuem especialização na área do bacharelado; 54% dos profissionais não possui curso ou treinamento de primeiros socorros além do oferecido na grade curricular de sua graduação e, 88% dos entrevistados acreditam estar preparados para prestar socorro em caso de alguma emergência durante as atividades físicas, 12% não se julgam aptos para agir em tal situação.

Para iniciar a identificação do conhecimento dos bacharéis sobre atuação dos primeiros socorros, inicia-se com uma pergunta comum e simples, a verificação dos sinais vitais, com a seguinte pergunta: “Você sabe identificar sinais de vida? Se sim, quais são?”.

Gráfico 01: Verificação de sinais vitais e quais são.



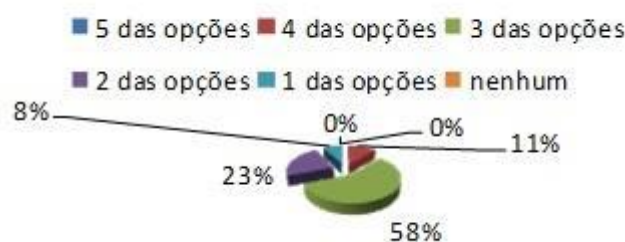
Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

Segundo Silveira e Moulin (2006), sinais de vitais são todos os sinais que indicam a existência de vida, onde claramente têm-se parâmetros de vida através da respiração, pulsação arterial, pupilas reativas a luz, pressão arterial, temperatura, coloração da pele, estado de consciência e capacidade de movimentação.

Para este estudo, foi estabelecido que a resposta devesse incluir pelo menos três itens dos citados por Silveira e Moulin em sua obra para ser considerada totalmente completa. Pelo gráfico 01 demonstrou que todos responderam saber verificar sinais vitais e apontaram no questionário os sinais a serem observados nessa aferição. Nessa, 16 dos indivíduos (62%) apontou os sinais de vida a serem observados de forma completamente correta, e 10 indivíduos (38%) responderam de forma incompleta, conforme critério de mínimos três itens.

Na sequencia buscou identificar se os bacharéis possuem conhecimento sobre os números utilizados para chamar ajuda em situações de emergência. Pelo gráfico 02, as respostas procedem da seguinte forma:

Gráfico 02: Numero de telefone serviços de emergência que conhece: SAMU /BOMBEIROS /POLICA MILITAR /DEFESA CIVIL/ OUTRO.



Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

Quando questionados quanto ao número de atendimento de emergência da polícia, bombeiros, SAMU, defesa civil e outros serviços da segurança pública, 58% dos professores, responderam pelo menos 3 números de atendimento, como mostra o gráfico 02.

Esse resultado se mostrou satisfatório, pois é essencial chamar o serviço de resgate especializado em um curto espaço de tempo em uma situação de emergência.

Para saber a respeito do conhecimento dos entrevistados e suas ações diante de um possível episódio de convulsões durante as aulas, foi lhes feita a seguinte pergunta “Durante sua aula um aluno começa a convulsionar, o que você deve fazer?” As alternativas foram: segurar a língua; afastá-la de locais perigosos e proteger sua cabeça que deve estar, preferencialmente, lateralizada; colocar uma colher ou algum outro objeto em sua boca e levá-la ao hospital; não devo mexer, pois sua saliva é contagiosa e, não sei.

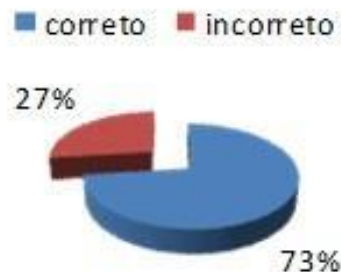
Pórcides (2006) define qual a ação a ser tomada ao falar em seu trabalho que com a ocorrência de inúmeros espasmos musculares durante uma crise convulsiva, o primeiro procedimento seria afastar objetos perigosos que possam ocasionar ferimentos à vítima. Não se devem conter os movimentos do indivíduo com o uso da força, apenas introduzir com cuidado um pedaço de pano dobrado entre os dentes, para evitar lesões na língua.

Em suas respostas 100% dos entrevistados, entre as alternativas, responderam positivamente ao procedimento adequado quando uma pessoa estiver convulsionando apontando como resposta a opção “afrouxar suas vestimentas, afasta-la de locais perigosos e proteger sua cabeça se possível deixando a lateralizada para evitar se afogar com fluidos.”

Em relação a quedas e lesões foi questionado aos entrevistados caso algum de seus alunos sofra uma queda como é possível melhorar a respiração após ter certeza de que não há lesão na cervical.

O gráfico 03 revela quais seriam as atitudes tomadas pelos professores:

Gráfico 03: Melhorar a respiração após ter certeza de não haver lesão na cervical



Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

Para estas situações caso a vítima não esteja respirando ou esteja com dificuldade para respirar, deve-se facilitar a entrada de ar elevando o queixo, possibilitando uma maior abertura das vias aéreas e melhorando a respiração, este procedimento deve ser realizado somente quando se tem certeza que não há lesão na cervical (PÓRCIDES, 2006).

Para a resposta dos bacharéis, o gráfico 03 demonstra que 73% do entrevistados apontaram positivamente a resposta e, 27% não souberam responder de maneira correta. Essa informação reflete que a maior parte dos participantes teoricamente podem saber prestar a assistência, porém, não se tem certeza que na prática se saibam como realizar as manobras. Ainda, 27% não sabem teoricamente a resposta correta, o que se deixa mais em dúvida a prestação de socorros.

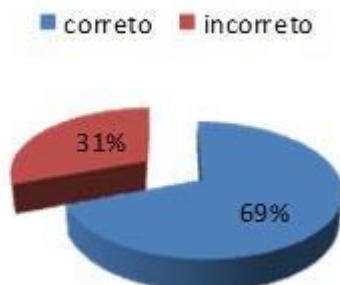
A respeito de paradas cardiorrespiratórias questionou-se aos entrevistados caso precisem realizar manobra de reanimação cardiopulmonar (RCP) qual é o local do corpo adequado para realizar a massagem cardíaca?

Segundo Martins et al. (2003), a massagem cardíaca deve ser realizada na altura dos mamilos, dois dedos acima do processo xifóide, com as duas mãos sobrepostas e os cotovelos estendidos.

Ao analisar as respostas dos entrevistados 100% dos entrevistados responderam de forma correta, sendo a opção sobre o osso do meio do tórax na altura dos mamilos.

Sobre suspeita de fratura na coluna cervical foi feito o seguinte questionamento aos entrevistados (gráfico 04) como proceder em caso de suspeita de fratura na coluna cervical de seu aluno, até a chegada do socorro especializado?

Gráfico 04: Suspeita de fratura na coluna cervical.



Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

Deve tratar qualquer suspeita de lesão na região cervical de forma diferenciada, pois as sequelas podem ser permanentes. Segundo Flegel (2010) o procedimento para tal acidente seria: chamar o resgate especializado logo que possível; não movimentar a vítima; se o local onde ela se encontra apresentar riscos, o procedimento seria movimentá-la em bloco imobilizando a região cervical.

O gráfico 04 mostrou que 69% dos entrevistados saberiam o que fazer nesta situação ao responderem a opção “imobilizar a vitima deitada de costas, se for necessário mover a vitima movimenta-la como um bloco não mexendo cabeça, tronco ou membros separadamente”.

Na sequencia indagou os bacharéis sobre sua atuação em situações de hemorragias. O gráfico 05 revela as respostas:

Gráfico 05: Hemorragias



Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

O gráfico 05 demonstra, menor percentual de acertos; 04 entrevistados (15%) obtiveram êxito com a sua resposta e, 85% não apontaram a resposta de forma adequada.

O procedimento correto em casos de hemorragias segundo Silva (2010) seria manter a região que sangra em posição mais elevada que o resto do corpo, usar compressas limpas pressionando sobre o ferimento e caso a lesão for à perna, flexionar o joelho ou se for ao braço, flexionar o cotovelo.

Realizar manobras adequadas na presença de um quadro de hemorragia torna-se fundamental, pois, caso não sejam realizadas as manobras adequadas, a vítima pode ir a óbito pela perda de sangue, ou seja, fará um quadro de hipovolemia.

Para o assunto de afogamentos (gráfico 06) foi feita a seguinte pergunta aos entrevistados “Como proceder caso esteja aplicando sua aula em meio aquático e seu aluno venha a se afogar, até a chegada de socorro especializado?”

Caso ocorra um afogamento, recomenda-se ao professor tentar fazer o resgate da vítima apenas se souber nadar bem e ter conhecimento de como realizar um salvamento aquático. Caso o profissional não tiver esta habilidade, o procedimento correto seria tentar retirar a vítima da água com uma corda, bóia ou outro material flutuante. (PERGOLA et al., 2008).



Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

Dentre as opções oferecidas como resposta no questionário a correta era “tentar retirar a vítima da água com corda, bóia ou outro material, se souber nada bem aproximar-se da vítima por trás e retirá-la da água” como mostra o gráfico 06 esta

questão obteve 80% de acertos por parte dos entrevistados, caracterizando que teoricamente os bacharéis estão aptos a realizar a assistência de maneira adequada.

Na continuidade a pergunta foi direcionada a identificar sinais de síncope e ou lipotimia, ou seja, desmaio ou sensação de desmaio, pois bem se sabe que em diversos exercícios, nos mais diversos locais e situações o indivíduo pode apresentar mal súbito e desmaiar. Para tal, a pergunta foi direcionada da seguinte maneira: como proceder diante da ocorrência de uma síncope para que a vítima recupere a consciência? (gráfico 07).

Segundo Varella (2017) na maior parte dos casos, as síncofes ocorrem por causa da diminuição do fluxo sanguíneo no cérebro. De modo geral, costumam ser de curta duração e bom prognóstico. Trata-se de um evento clínico comum.



Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

Conforme apresentado no gráfico 07, 81% dos entrevistados responderam corretamente a questão sobre síncofes. O procedimento correto é deitar a pessoa em uma superfície plana, elevando os membros inferiores à cima do nível da cabeça para que o fluxo de sangue vá para a cabeça irrigando a região cerebral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando fala-se em atendimento emergencial automaticamente lembram-se trabalhos da área da enfermagem ou serviços de emergência como bombeiros e SAMU, porém, é algo comum a todas as áreas de trabalho e é necessário no mínimo um conhecimento básico por parte de toda a população.

Na área de atuação de bacharéis em educação física não pode ser diferente afinal exercícios físicos além de exporem o corpo humano a altos rendimentos, utilizam-se de movimentos e posturas propícias ao risco de acidentes ou lesões.

O profissional bacharel em educação física deve ter uma bagagem de conhecimento em urgência e emergências ao sair de sua formação para o mercado de trabalho e manter-se sempre em atualização, pois é ele quem irá presenciar a maioria dos acidentes e lesões durante as atividades e assim prestando o primeiro atendimento ou socorro ao seu aluno.

Conclui-se através dos dados obtidos pela presente pesquisa, que os profissionais bacharéis de Educação Física atuantes nas academias em sua maioria consideram-se eficientes em relação a prestar o primeiro atendimento em caso de uma emergência. Constatou-se que os profissionais acreditam ser importante o conhecimento de atendimento emergencial no ambiente de treinamento, bem como se preocupam em assegurar que seus alunos estejam seguros. Porém constatou-se também que embora tenham conhecimento de primeiros socorros alguns deles (12%) sentem alguma insegurança quanto a seus níveis de conhecimentos auto avaliando-se como inaptos a prestarem primeiro atendimento.

Através da presente pesquisa pode-se constatar que os bacharéis em educação física entrevistados possuem conhecimento sobre atendimento emergencial, adquiridos durante sua graduação e também aprimorados com cursos e treinamentos posteriores a sua formação. Ressalta-se que alguns entrevistados apresentam níveis de conhecimento oscilantes, mas todos com condições de prestar atendimento aos seus alunos, foi que foi identificado pela coleta de dados aos responderem as perguntas, ou seja, teoricamente estão aptos.

Ao final da pesquisa obtém-se resultado satisfatório por parte do pesquisador, pois o mesmo alcançou seus objetivos esperados. Tendo esta pesquisa uma relevante importância para a área acadêmica, pois o atendimento emergencial quando bem executado não só em academias, mas também em qualquer outro lugar é primordial para minimizar os riscos a vida e evitar sequelas.

Porém entende-se que seja necessário a continuidade de estudos nessa área, pois é comum a realização de estudos sobre socorros de urgência na licenciatura, e

identificar o conhecimento dos bacharéis também torna-se relevante, uma vez que o Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) coloca que que é da responsabilidade do profissional de Educação Física a segurança de seus alunos.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. da F; SILVA, C. A. F. **Trajétória do conteúdo primeiros socorros como componente curricular dos cursos de Educação Física das IES do estado do Rio de Janeiro.** Corpus et Scientia, ano 7, v. 7, n. 2, 97-102, novembro. 2011.

EVANGELISTA NETO, D. A. **Apostila de Noções Básicas de Primeiros Socorros do curso de formação de agente de proteção e defesa civil.** UECE, 2014.

FLEGEL, M. J. **Primeiros socorros no esporte: o mais prático guia de primeiros socorros para o esporte.** São Paulo: Manole, 2002. 190 p.

_____. **Primeiros socorros no esporte.** São Paulo: Manole, 2010.

GONÇALVES, A. **Saúde coletiva e urgência em educação física.** Campinas: Papirus, 1997. 190 p.

GOUVEIA, L. A. de S. **SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMILIA E DE COMUNIDADE.** Disponível em <http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=MostraPagina&Paginald=509> Acesso em 15 de Maio de 2017.

KARREN, K. J. et al. **Guia de Primeiros Socorros para Estudantes.** 10. ed. São Paulo: Manole, 2013.

MALVESTIO, M. A. **Primeiros Socorros.** São Paulo: Editora Senac, 2006.

MARTINS, P. P. S; PRADO, M. L. do. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. Rev. bras. enferm. [online]. 2003, vol.56, n.1, pp. 71-75.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** 4. ed Londrina: Midiograf, 2006. 282p.

PERGOLA, Aline Maino e ARAUJO, Izilda Esmenia Muglia. O leigo em situação de emergência. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2008, vol.42, n.4, pp. 769-776.

PORCIDES. A.J. **Manual do Atendimento Pré-Hospitalar do Corpo de Bombeiros do Paraná.** Curitiba, 2006.

ROCHA, E.A. **Síndromes Neuralmente Mediadas.** Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n3/a32v87n3.pdf>> Acesso em 20 de maio de 2017.

SENA, S. P. et al (2014). **A percepção dos acidentes escolares por educadores do ensino fundamental.** Revista Vivendo a Prática, v. 2, nº 4, 56-59, Belo Horizonte.

SIEBRA, P. A; OLIVEIRA, J. C. **Primeiros Socorros e Educação Física.** 2010.

SILVA, A. T et al. **Educação permanente em primeiros socorros com professores das redes pública e privada de ensino de Campina Grande.** Relatório de Projeto de Extensão, 2012.

SILVA. O.J. **Emergências e Traumatismos dos Esportes:** prevenção e primeiros socorros. Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

SILVEIRA. A.M. **Salvamento e Socorro pré-hospitalar:** primeiros atendimentos nas matas, nas estradas, nos lares, em edifícios, nas indústrias, na água...3ª Ed. Florianópolis: Edição do autor, 1995.

SILVEIRA. E.T. MOULIN. A.F.V. **Socorros de urgência em atividades físicas.** Manual do curso teórico. 6ª Ed. Distrito Federal. CREF, 2006.

VARELLA, D. **Desmaio/Sincope.** Disponível em: <<https://drauziovarella.com.br/doencas-e-sintomas/desmaiosincope/>> acesso em 20 de agosto de 2017.

CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS ATUANTES NAS UBS DE UNIÃO DA VITÓRIA-PR, QUANTO AO PRIMEIRO ATENDIMENTO A PACIENTES COM SUSPEITA DE DENGUE

Patricia da Rocha Semmelmann¹
Marly Terezinha Della Latta²
Rosmarí Deggerone³
Ana Paula Hupalo Sosa⁴
Marcos Joaquim Vieira⁵

RESUMO: A sociedade moderna vem sofrendo grandes modificações e um crescimento acelerado de urbanização, poluição, degradação ambiental, deficiência de infraestrutura, saneamento básico e educação. Esses são alguns fatores que estão contribuindo para o surgimento de doenças afetando a qualidade de vida da população, entre elas a dengue. Cerca de 2,5 bilhões de pessoas têm riscos de serem infectadas pelo mosquito da dengue, principalmente as que vivem em países tropicais, onde há mudanças de temperatura e umidade do ar, pois esses fatores climáticos favorecem a proliferação do mosquito. A dengue se destaca entre as doenças reemergentes e que é de grande problema para a saúde pública. Sua origem é bastante conhecida juntamente com seus mecanismos de transmissões. O seu aspecto clínico é muito amplo, variando assim as formas de sinais e sintomas de pessoa para pessoa, seja da mais grave até a mais letal. Com o aumento no número de casos de dengue no Paraná, as autoridades de saúde alertam para a importância do diagnóstico e tratamento precoce dos pacientes com suspeita da doença. A população deve ficar atenta aos sintomas característicos e procurar atendimento de saúde o mais rápido possível. Demonstrando então a relevância desse estudo para o meio social bem como para o crescimento do acadêmico. Tem-se por objetivo geral analisar o conhecimento dos enfermeiros atuantes nas UBS de União da Vitória-PR, quanto ao primeiro atendimento a pacientes com suspeita de dengue. Os objetivos específicos do estudo: é conhecer como o enfermeiro presta atendimento a pacientes com suspeita de dengue e suas dificuldades enfrentadas, frente a esses tipos de situações e se tem algum treinamento para atuar na identificação dos sinais e sintomas da dengue. A população envolvida no estudo refere-se aos enfermeiros das 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de União da Vitória-PR. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de campo, descritiva e exploratória. A amostra foi composta por doze enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde, do município de União da Vitória-PR. O instrumento de coleta de dados foi um questionário, contendo perguntas abertas e fechadas. Após a coleta de dados os resultados foram tabulados e digitados em um único banco de dados e analisados no programa Excel e apresentado em forma de gráficos. Ao finalizar a presente pesquisa concluiu-se, que os enfermeiros possuem conhecimentos de como atender pacientes com suspeita de dengue. Com base nas respostas pode-se afirmar que os enfermeiros tiveram treinamentos relacionados à dengue, mas que mesmo assim,

¹ Graduada em Enfermagem.

² Graduada em Licenciatura Plena em Enfermagem e Obstetrícia. Especialista em Administração Hospitalar. Especialista em Saúde Pública. Especialista em Didática e Docência do Ensino Superior. Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem. Mestre em Ciências da Saúde Humana. Mestre em Desenvolvimento Regional.

³ Graduação em Ciências, Biologia e Enfermagem, pela Universidade de Passo Fundo- Passo Fundo-RS. Especialista em Administração Hospitalar(AMRGS); Especialista em Supervisão Escolar (UFRJ); Especialista em Anatomia Funcional(AVM). Mestre em Educação, pela Universidade de Paso Fundo-RS. Docente no CEMI-UPF.; no Curso Técnico em Radiologia; Técnico de Enfermagem; Curso Técnico em Segurança do Trabalho, e no Curso de Especialização em Radiologia em Radioterapia. Docente na Rede Municipal de Ensino(PF). Participante do grupo de pesquisa do Programa de Pós-graduação em Educação, do NUPEFE e GEEDE da Universidade de Passo Fundo- RS.

⁴ Graduada em Enfermagem. Especialização em UTI. Mestrado em Desenvolvimento Regional. Professora nas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – Uniguaçu.

⁵ Graduado em Farmácia. Mestre em Desenvolvimento Regional. Docente das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

alguns enfermeiros relatam ter dificuldades na identificação da doença, devido à falta de protocolo, materiais para atendimento e falta de conhecimento. Pode-se também identificar que os enfermeiros sabem quais são as primeiras condutas a ser tomadas frente a pacientes com suspeita de dengue. Esses dados só serão comprovados realmente somente após existir casos de doença ou epidemia.

Palavras-chave: Dengue. Pacientes. Enfermeiros. Atendimento.

ABSTRACT: Modern society has undergone major changes and accelerated growth in urbanization, pollution, environmental degradation, infrastructure deficiencies, basic sanitation and education. These are some factors that are contributing to the emergence of diseases affecting the quality of life of the population, among them dengue. About 2.5 billion people are at risk of being infected by the dengue mosquito, especially those living in tropical countries where there are changes in temperature and humidity, as these weather factors favor mosquito breeding. Dengue stands out among reemerging diseases and is a major public health problem. Its origin is well known along with its mechanisms of transmissions. Its clinical aspect is very broad, thus varying the forms of signs and symptoms from person to person, from the most serious to the most lethal. With the increase in the number of dengue cases in Paraná, health authorities warn of the importance of early diagnosis and treatment of patients with suspected disease. The population should be aware of the characteristic symptoms and seek health care as soon as possible. Demonstrating then the relevance of this study to the social environment as well as to the growth of the academic. The present study aimed to analyze the knowledge of nurses working in the UBS of União da Vitória-PR, regarding the first care given to patients with suspected dengue. The population involved in the study refers to the nurses of the 11 Basic Health Units (UBS) of the municipality of União da Vitória-PR. It is a quantitative, field-based, descriptive and exploratory research. The sample consisted of twelve nurses from the Basic Health Units of the city of União da Vitória-PR. The instrument of data collection was the use of a questionnaire, containing open and closed questions, which was validated by three professors of the institution. After the data collection the results were tabulated and entered into a single database and analyzed in the Excel program and presented as graphs. At the end of the present study it was concluded that nurses have knowledge of how to attend patients with suspected dengue. Based on the answers, it can be affirmed that the nurses had training related to dengue, but that even so, some report having difficulties in identifying the disease due to lack of protocol, materials for care and lack of knowledge. It can also be identified that nurses know the first steps to be taken in patients with suspected dengue. These data can be truly proven only after there are cases of disease or epidemic in the municipality.

Keywords: Dengue. Patients. Nurses. Care.

1 INTRODUÇÃO

O trabalho apresentado pretende mostrar sobre a forma como a dengue é abordada nas Unidades Básicas de Saúde pelos profissionais enfermeiros, bem como, conhecer a maneira que os mesmos atuam no seu atendimento. O conhecimento sobre o assunto e dificuldades enfrentadas para a identificação das doenças causadas pelo mosquito *Aedes aegypti*, que além da dengue, transmite outras doenças. É um tema atual e que preocupa as autoridades públicas de saúde.

A sociedade moderna vem sofrendo grandes modificações e um crescimento acelerado de urbanização, poluição, degradação ambiental, deficiência de infraestrutura, saneamento básico e educação. Esses são alguns fatores que estão

contribuindo para o surgimento de doenças afetando a qualidade de vida da população (LEFÈVRE, et. al. 2007).

Segundo Tauil (2002), cerca de 2,5 bilhões de pessoas têm riscos de serem infectadas pelo mosquito da dengue, principalmente as que vivem em países tropicais, onde há mudanças de temperatura e umidade do ar, pois esses fatores climáticos favorecem a proliferação do mosquito. A dengue se destaca entre as doenças reemergentes e que é de grande problema para a saúde pública. Sua origem é bastante conhecida juntamente com seus mecanismos de transmissões. O seu aspecto clínico é muito amplo, variando assim as formas de sinais e sintomas de pessoa para pessoa, seja da mais grave até a mais letal.

Hoje em dia as áreas mais afetadas no mundo pela dengue são: as Américas do Sul, Central, e do Norte. Outros países que também sofrem com a dengue são a África, Austrália, Caribe, China, Ilhas do Pacífico, Índia, Sudeste Asiático e Taiwan. Na América do Sul destacam-se os seguintes países que são constantes atingidos pela dengue o Brasil, Colômbia, Bolívia, Paraguai, Guiana Francesa, Suriname, Venezuela e Equador (SILVA; MARINO; SCOPEL, 2008).

Em 2016 foi registrado mais de 170.103 casos prováveis de dengue no país. Nesse período a região sudeste apresenta-se com o maior índice de casos prováveis de dengue (96.664 casos; 56,8%), em relação ao total do país, seguido das regiões do Nordeste (25.636 casos; 15,1%), Centro-Oeste (25.246 casos; 14,8%), Sul (13.522 casos; 7,9%) e Norte (9.035 casos; 5,3%). Mediante esses dados destaca-se que foram descartados 19.249 casos de suspeita de dengue no período (BRASIL, 2016).

Com o aumento no número de casos de dengue no Paraná, as autoridades de saúde alertam para a importância do diagnóstico e tratamento precoce dos pacientes com suspeita da doença. A população deve ficar atenta aos sintomas característicos e procurar atendimento de saúde o mais rápido possível (BRASIL, 2015/2016).

Durante o período de agosto de 2015, até o dia 19 de julho de 2016, o estado do Paraná, foi notificado 144.936 casos de suspeita de dengue, com 55.260 confirmados, 31.682 por laboratório, sendo 51.583 casos autóctones e 3.677 casos impostados. Onde 62.059, foram descartados pela falta de confirmação da infecção pelo vírus da dengue. Dentre esses casos foram identificados: 751 casos de dengue

com sinais de alerta da dengue, 92 casos de dengue grave, 61 casos de óbito confirmado, gerando assim uma incidência média de 462.09 casos por 100.000 habitantes. Essa situação é considerada pelo Ministério da Saúde epidemia, quando a um número de casos superiores a 300 casos por 100.000 habitantes (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ, 2016).

O combate contra o mosquito da dengue deve estar orientado para a eliminação dos criadouros e possíveis criadouros, que consistem em recipientes que contenham água, pneus usados expostos ao meio ambiente, depósitos de ferros velhos que não estejam devidamente cobertos, latas, garrafas e plásticos abandonados em terrenos baldios, à aplicação do larvecida em depósitos de água em depósitos de água de consumo diário, o uso do inseticida para as formas adultas do mosquito, durante os períodos de transmissão. Vale ressaltar que é importante a incorporação de determinados hábitos no cotidiano da população, para evitar possíveis reservatórios de água em quintais, troca periódica de água de plantas aquáticas, manutenção de piscinas com troca de água limpa e tratada. Para alcançar essas metas deve haver uma intensa mobilização da população em geral, e profissionais da área da saúde, por meios de comunicação, distribuições de informativos e orientações, ou seja, realizar ações de educação em saúde com a população para esclarecimento de possíveis dúvidas da doença em si ou até mesmo sobre o mosquito (TAUIL, 2001).

De acordo com Corrêa; França; Bogutchi (2005) a prevenção das epidemias de dengue depende da diminuição populacional do vetor da doença. Os domicílios em geral são as principais fontes de transmissão. Frente a contextualização apresentada sobre o tema, é que se remete ao seguinte questionamento: Qual é o conhecimento dos enfermeiros atuantes nas UBS de União da Vitória-PR, quanto ao primeiro atendimento a pacientes com suspeita de dengue?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A dengue é uma doença infecciosa febril aguda, causada por um vírus chamado de flavivirus, que é transmitido para o homem pelo mosquito *Aedes aegypti*.

Podendo assim levar ao curso benigno ou grave, dependendo da forma que se apresenta (BRASIL, 2010).

Segundo Gomes (2016), “O *Aedes aegypti* é o mosquito que transmite os vírus causador de doença como a dengue, a chikungunya e a zika”. Para Gomes (2005), o “*Ae. Aegypti* e *Ae. albopictus* são espécies exóticas e simpátricas, exercendo a hematofagia no âmbito das habitações humanas”.

O *Aedes albopictus* é uma espécie que se adapta muito bem, próximos aos domicílios, e tem seus criadouros em recipientes de uso domésticos como, por exemplo: tambores, pneus, tanques e entre outros. Além disso, pode estar presente no meio rural, por exemplo: em ocos de árvores, em sobreposição de folhas e bambus. Essa amplitude de adaptação em diversos ambientes causa um grande problema, pois dificulta há erradicação do mesmo. Sua fonte alimentar e o sangue humano como de outros mamíferos. É mais resistente ao frio do que o *Aedes aegypti*. São necessários que se desenvolvam mais estudos relacionados aos *Aedes albopictus*, relacionados aos seus hábitos naturais e artificiais e de sua participação na transmissão (BRASIL, 2001).

Essa doença chamada dengue é considerada um dos maiores problemas de saúde pública no mundo todo, especialmente os países tropicais que possuem ambientes favoráveis para o desenvolvimento e a proliferação de seu principal vetor o *Aedes Aegypti* (BRASIL, 2008). O mosquito *Aedes aegypti* tem hábitos diurnos, mais costuma a aparecer ao amanhecer e no final da tarde, tendo preferência por ambientes urbanos e intradomiciliares, costuma se alimentar com sangue humano principalmente. A sua proliferação é feita através da colocação de ovos pela fêmea em água parada onde posteriormente ele eclode e dá origem a larva. O tempo que demora, para o ovo se transformar em mosquito é de 10 dias, podendo variar esse tempo conforme as condições da temperatura (DIAS, et.al. 2010).

O mosquito *Aedes aegypti* adulto vive em média de 30 a 45 dias, sua fêmea põem os ovos de 4 a 6 vezes durante o seu período de vida cada vez que põem os seus ovos são em média 100 ovos, em locais de água limpas e parada. Um ovo pode ter a durabilidade de até 450 dias, que chega aproximadamente 1 ano e 2 meses, mesmo que o local onde os ovos foram postos seja seco. Se esse local seco receber

agua durante esse tempo de 450 dias, o ovo volta a ficar ativo novamente e iniciar o seu ciclo de ovo, larva, pupa e adulto. Em casos excepcionais que a fêmea do *Aedes aegypti* não encontra local para o seu criadouro, pode voar para lugares mais longe em busca de novos lugares para colocar seus ovos e iniciar o ciclo novamente (BRASIL, 2008).

Segundo Brasil, (2010) a transmissão se faz pela:

Picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti*, no ciclo homem- *Aedes aegypti*-homem. Após um repasto de sangue infectado, o mosquito está apto a transmitir o vírus, depois de 8 a 12 dias de incubação extrínseca. A transmissão mecânica também é possível, quando o repasto é interrompido e o mosquito, imediatamente, se alimenta em um hospedeiro suscetível próximo. Não há transmissão por contato direto de um doente ou de suas secreções com uma pessoa sadia, nem por fontes de água ou alimento.

O período de transmissibilidade é quando o homem infecta o mosquito durante o período de viremia, que vai começar um dia antes de aparecer à febre até o sexto dia da doença (BRASIL, 2008).

3 MANIFESTAÇÃO DA DOENÇA

As manifestações clínicas iniciais da dengue hemorrágica e dengue clássica são da mesma forma. Entre o terceiro e o sétimo dia do início da doença a febre tende a diminuir e surgir outros sinais e sintomas como vômito, dor abdominal, hepatomegalia dolorosa, dificuldade respiratória, letargia, derrames cavitários, que alarmam a evolução clínica desse paciente, para uma forma hemorrágica da doença. Quando o paciente possui sinais de alerta como hemorragias a prova do laço é positiva, podendo assim ter insuficiência circulatória também. O paciente com FHD pode ter evolução clínica para uma instabilidade de hemodinâmica com hipertensão arterial, taquicardia e choque (BRASIL, 2007).

A dengue com complicações, é todo caso grave que não se enquadra nos critérios descritos pela Organização Mundial de Saúde de febre hemorrágica de dengue e dengue clássica (Brasil, 2008).

Para Brasil (2010) nessa situação, a presença de um dos achados a seguir caracteriza o quadro:

Alterações graves do sistema nervoso, disfunção cardiorrespiratória, insuficiência hepática, plaquetas igual ou inferior a 50.000/mm, hemorragia

digestiva, derrames de cavitários, leucometria global igual ou inferior a 1.000/m, óbito. Manifestações clínicas do sistema nervoso, presente tanto em adultos como crianças, incluem: delírio, sonolência, coma, depressão, irritabilidade, psicose, demência, amnésia, sinais meníngeos, paresias, paralisias, polineuropatias, síndrome de Reye, síndrome de Guillain-Barré e encefalite. Pode surgir no decorrer do período febril ou mais tardiamente na convalescença.

4 ATENDIMENTO A PACIENTES COM SUSPEITA DE DENGUE

O profissional de enfermagem deve coletar o máximo de dados possíveis e logo após registrar de forma mais legível possível no prontuário do paciente. Esses dados são de suma importância para o planejamento e execução da assistência de enfermagem logo após a anamnese completa e exame físico (BRASIL, 2008).

O paciente que apresenta doenças febris agudas com duração de até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sintomas, como cefaleia, mialgia, dor retroorbitária, mialgias, atralgias, prostração ou exantema, associado ou não à presença de hemorragias. Além de ter estado em locais que possuam a presença do mosquito *Aedes aegypti*. Logo após deve ser notificado à vigilância epidemiologia o caso de suspeita de dengue (BRASIL, 2007).

Os sinais de alerta na doença são: Dor abdominal intensa e contínua, Vômitos persistentes, Hipotensão postural e/ou lipotímia, Hepatomegalia dolorosa, hemorragias importantes (hematêmese e/ou melena), Sonolência e irritabilidade, Diminuição da diurese, Diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia, Aumento repentino do hematócrito, Queda abrupta de plaquetas, desconforto respiratório (BRASIL, 2010).

Para se realizar o diagnóstico de dengue é necessário realizar uma anamnese completa do paciente, com realização da prova do laço, exames clínicos e laboratoriais. Os exames laboratoriais são orientados conforme a situação epidemiológica de cada região (BRASIL, 2010).

Na anamnese deve se verificar a presença de febre referida ou verificada no dia anterior à consulta, sendo de suma importância achar outros sinais e sintomas, como, data de início da febre e de outros sintomas; presença de sinais de alarme;

alterações gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia, gastrite); alterações do estado da consciência: irritabilidade, sonolência, letargia, lipotimias, tontura, convulsão e vertigem; Diurese: frequência nas últimas 24 horas, volume e hora da última micção. Se existem familiares com dengue ou dengue na comunidade, ou história de viagem recente para áreas endêmicas de dengue (14 dias antes do início dos sintomas),-Condições preexistentes, tais como lactentes menores (29 dias a 6 meses de vida), adultos maiores de 65 anos, gestante, obesidade, asma, diabetes mellitus, hipertensão (BRASIL, 2016).

Os dados da anamnese e exame físico serão de suma importância, para verificar o estágio da doença e orientar as medidas terapêuticas cabíveis conforme a classificação. Vale lembrar que a dengue é uma doença dinâmica onde o paciente pode evoluir muito rápido de um estágio para outro. O manejo adequado do paciente depende dos sinais e sintomas identificados o mais precocemente, para haver um contínuo monitoramento e reposição hídrica para assim haver um retardamento dos casos. Com isso torna-se importante a revisão do histórico clínico, acompanhamento do exame físico completo, e a cada reavaliação do paciente registrar de forma correta no prontuário, ficha de atendimento e cartão de acompanhamento (BRASIL, 2007).

A classificação a pacientes com dengue tem o intuito de reduzir o tempo de espera nos serviços de saúde. Sendo assim, a classificação utiliza o critério das Políticas nacionais de Humanização do Ministério da Saúde e o estadiamento da doença. Os dados da anamnese exame físico serão usados para verificar qual a conduta que se deverá tomar frente há essa situação (BRASIL, 2016).

Para Brasil, (2007) as condutas que o profissional de enfermagem deve seguir conforme orientações do Ministério da Saúde na classificação do grupo A, B, C, D será descrita a seguir:

Grupo A

- a) Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgia, artralgias) e história epidemiológica compatível.
- b) Prova de laço negativo e ausência de manifestação hemorragias espontâneas.
- c) Ausência de sinais de alerta.

Grupo B

- a) Febre por até sete dias, acompanhado de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgia, artralgias) e história epidemiológica compatível.

b) Prova do laço positivo ou manifestações hemorrágicas espontâneas, sem repercussão hemodinâmica.

c) Ausência de sinais e sintomas.

Grupo C e D

a) Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgias, artralgias) e história epidemiológica compatível.

b) Presença de algum sinal de alerta (que caracteriza o Grupo C) e/ ou manifestações hemorrágicas presente ou ausentes.

c) Presença de sinais de choque (o que caracteriza o grupo D).

5 PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO, TRATAMENTO E ATENDIMENTO

O enfermeiro tem um papel muito importante para a realização de ações de combate a dengue, pois ele é um agente que transmite conhecimento a sociedade e desempenha ações de educador por isso, quando se fala da atuação do enfermeiro no atendimento a pacientes com dengue ou com suspeita de dengue, destaca seu papel e de vigilância epidemiológica. A atuação desse profissional é importante para identificar o perfil epidemiológico da área de atuação; Reconhecer os casos suspeitos de dengue do seu território, coletar os dados e informar as autoridades competentes; Realizar busca ativa dos casos; Realizar visitas domiciliares; Orientar doentes e familiares; Promover ações de Informação, Educação e Comunicação no seu território de atuação; Executar os protocolos estabelecidos pela Vigilância Epidemiológica; Estimular os profissionais de saúde, os serviços e a comunidade a realizar as notificações; Colaborar para o registro, análise, avaliação e divulgação dos dados; Capacitar os ACS e ACE em vigilância epidemiológica da dengue em nível local; Participar das ações conjuntas entre Estratégias Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Programa Municipal de Controle da Dengue e outros; Preencher a ficha de investigação da dengue e o cartão de acompanhamento; Agendar exames específicos conforme protocolo estabelecido, Informar ao Serviço de Combate do Vetor a ocorrência de casos (CHAVES, 2011).

O agente comunitário de saúde e o Agente de combate às Endemias tem um papel muito importante, pois tem uma atribuição de promoção da saúde, vigilância, prevenção e controle das doenças em geral, desenvolvimento em conformidades com as diretrizes do SUS (BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado, 2012).

Segundo BRASIL (2009 B), o Agente de Endemias tem o papel de controle vetorial e responsabilidade pela execução das atividades no combate a focos de dengue e ao mosquito, visitando os imóveis e desenvolvendo atividades e práticas de promoção e proteção.

6 VACINA

A dengue se tornou uma doença de grande importância na saúde pública, a sua origem é viral, podendo levar ao agravamento e chegar ao óbito, especialmente aquelas pessoas que apresentarem fatores ou condições de riscos para as complicações da dengue. Por isso a Secretária de Estado da Saúde do Paraná (SESA), viu a necessidade de implantar ações que possam ajudar no combate ao *Aedes aegypti*, e a vacina foi uma das escolhas para ajudar no combate à doença. A vacina contra a dengue veio com uma estratégia inovadora, com o propósito de reduzir a circulação do vírus, conseqüentemente à redução da incidência da doença e entre outros fatores que vem afetando a qualidade de vida da população (SESA-PR, 2016).

A primeira vacina contra a dengue começou a ser oferecida em 2016, no final de julho, por se tratar de um dos países mais atingidos pela dengue. A disponibilização da vacina da dengue será na rede privada, com exceção o Estado do Paraná, que teve seu início da vacinação a partir do treze de agosto de 2016, sendo disponibilizado para trinta municípios do estado. A vacina é chamada de Dengvaxia, que foi produzida pelo laboratório Sanofi Pasteur (TABAKMAN, 2016). A vacina da dengue protege contra os quatro sorotipos existentes que são 1, 2, 3,4 do vírus da dengue. A vacina é aplicada em adultos, adolescentes e crianças dos 9 aos 45 anos de idade, que moram em regiões endêmicas (PASTEUR, 2015).

7 MATERIAIS E MÉTODOS

Para o presente estudo optou-se pela pesquisa quantitativa, campo, descritiva e exploratória. Para Oliveira, (2002) a pesquisa quantitativa significa quantificar

opiniões, dados nas formas de coleta de informações, assim como também com o emprego de recursos e técnicas estatísticas desde as mais simples como porcentagem, média, moda, até aos de uso mais complexos, como coeficientes, análise de regressão, etc.

A pesquisa descritiva é um tipo de pesquisa onde os fatores são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Isto significa que o fenômeno do mundo físico e humano são estudados, mas não manipulados pelo pesquisador. Incluem-se entre as pesquisas descritivas a maioria das desenvolvidas nas Ciências Humanas e Sociais; as pesquisas de opinião, as mercadológicas, os levantamentos socioeconômicos e psicossociais (ANDRADE, 2003).

A pesquisa exploratória é tipicamente a primeira aproximação de um tema e visa criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno. Quase sempre se busca essa familiaridade pela prospecção de materiais que possam informar ao pesquisador a real importância do problema, o estágio em que se encontram as informações já disponíveis a respeito do assunto, e até mesmo revelar ao pesquisador novas fontes de informações. Por isso, a pesquisa exploratória é quase sempre feita com levantamento bibliográfico, entrevistas com profissionais que estudem/atuem na área (SANTOS, 2002)

A pesquisa de campo segundo Andrade (2003) é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimento acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre ele.

A população envolvida no estudo refere-se aos enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de União da Vitória-PR. A amostra foi composta dos profissionais que aceitaram participar da pesquisa.

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde de União da Vitória no estado do Paraná, sendo desenvolvido entre os meses de junho a novembro.

A coleta de dados foi composta por um questionário de perguntas fechadas e abertas, e para a tabulação e análise dos dados utilizou-se o Programa Excel. A

análise dos dados foi descrita após leitura de artigos e livros sobre o tema e interpretação dos resultados.

Para atender os aspectos éticos, a presente pesquisa foi encaminhada ao Núcleo de Ética e Bioética do Curso de Enfermagem da Uniguaçu, na qual foi analisado o estudo e aprovado sob o protocolo de número: 2016-046.

Primeiramente foi solicitada a autorização para a Secretaria Municipal de Saúde de União da Vitória- PR, onde foram informados os objetivos da pesquisa. Após a autorização da mesma, foi feita uma pesquisa de campo nas Unidades Básicas de Saúde de União da Vitória – PR. O desenvolvimento da pesquisa só se iniciou, após os enfermeiros, aceitarem a participar da pesquisa onde foram informados os objetivos da referente pesquisa e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

8 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente estudo, 12 enfermeiros responderam o questionário, sendo assim pode-se observar que os enfermeiros atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e Estratégia da Saúde da Família, possuem em sua maioria, 40 anos ou mais (n=7), representando 58%, de 35 a 40 anos (n=3) representando 25%, de 25 a 30 anos (n=2) 17 %. Observou-se que a maioria dos enfermeiros é do sexo feminino (n=11) tendo 92% e masculino (n=1) representando 8 %.

Segundo Lopes e Leal (2005), “Partindo do processo de feminização da enfermagem como fato histórico, pode-se associar o cuidado de saúde aos processos de reorganização técnica, administrativa e política das instituições de saúde, particularmente hospitalares”.

Para a pergunta que avaliou quanto tempo de formado os profissionais possuem, observou-se que 33% (n=4) dos profissionais de enfermagem são formados há mais de 9 anos, sendo assim, provavelmente poderiam ter um amplo conhecimento em vários aspectos da área da saúde. Ainda, 25% (n=3) possuem de 7 a 9 anos de formação, e 25% (n=3) de 4 a 6 anos, e 17% de 1 a 3 anos de formação (n=2).

A formação do enfermeiro (a) vem sofrendo transformações, com influência de diversos fatores como: as novas formas de organização de serviço, mudanças ocorridas no sistema de saúde, descobertas científicas, desenvolvimento de novas tecnologias cada vez mais complexas e o envelhecimento da população. A formação de enfermagem para o campo de trabalho é um importante aspecto, pois é o processo que visa aquisição de conhecimento teórico e prático, competência e habilidades para o exercício de enfermagem (TREVISA, et.al. 2013).

Em relação ao tempo de atuação da enfermagem no mercado de trabalho, deve-se a partir de sua graduação, aliando-se a uma maturidade profissional, pois se torna essencial para a compreensão do processo de trabalho e melhoria da saúde da população (VILLELA, et.al. 2013).

Em relação a formação escolar, observou-se que a maioria dos enfermeiros são graduados e pós-graduados, na área da enfermagem. Com a representatividade de 75% com pós-graduação (n=8) e 25% com graduação (n=4).

Atualmente o sistema de formação de ensino superior é formado por subsistemas de: Graduação, Pós-Graduação, Mestrado e Doutorado. Este sistema regulamentado é responsável por dar uma formação que forneça habilidade necessária para desenvolver e facilitar a aquisição de competência para enfrentar o mercado de trabalho. O setor de saúde é uma área que sofre constantes mudanças e avanços tecnológicos em relação do conhecimento teórico e prático da área. Por esse motivo, é essencial que os profissionais de enfermagem sempre estejam em constante atualização, complementando assim a sua graduação, para fornecer assistência de qualidade ao paciente. Em termos gerais pode se dizer que a graduação de enfermagem tem o propósito de formar enfermeiros com conhecimento geral da área, mais possui competência para prestar assistência de qualidade ao paciente (ORTEGA, 2015).

Em relação a pergunta aos profissionais se existe dificuldades ao atender e identificar pacientes com suspeita de dengue, observou-se que 75% dos enfermeiros (n=9), não possuem dificuldades para identificar pacientes com suspeita de dengue. Já 25% (n= 3), possuem alguma dificuldade em relação ao atender pacientes com a

suspeita da doença, provavelmente devido à falta de conhecimento da doença e sinais e sintomas.

O enfermeiro tem dificuldades muitas vezes em atender um paciente com suspeita de alguma patologia, devido, há deficiência de compreender o que o paciente necessita na sua individualidade, para que a sistematização da assistência de enfermagem seja feita de forma adequada e de qualidade (BRITTO, SAMPEIZ, 2010).

Especificamente a dengue é uma das doenças de difícil diagnóstico, pois tem um amplo aspecto clínico, as principais doenças que fazem diagnóstico diferencial que são: influenza, enterovirose, doenças exantemáticas (sarampo, rubéola, parvovirose, eritema infeccioso, mononucleose infecciosa, exantema súbito, citomegalovirose e outros), alergias cutâneas e entre outros. Outros agravos podem ser considerados conforme a situação epidemiológica da região (BRASIL, 2007).

Na questão relacionada às dificuldades encontradas pelos enfermeiros para o atendimento às pessoas com dengue, observou-se que 33% (n=2) dos enfermeiros tem dificuldades frente a pacientes com suspeita de dengue, devido à falta de treinamento e 33 % (n=2) a falta de conhecimento da doença. Pode-se observar que com a falta de materiais e a falta de protocolo totalizou 34%, dividindo-se entre 17 % (n=1) com a falta de protocolo e 17 % (n=1) com falta de materiais para o atendimento.

Muitas das dificuldades encontradas no atendimento ao paciente são muitas vezes relacionadas à falta de tempo, treinamento de como interagir com esses pacientes, falta de vontade de se comunicar ou de interagir (PETERSON, CARVALHO, 2011).

As dificuldades encontradas muitas vezes podem estar relacionadas, devido ao difícil diagnóstico da doença, o manejo adequado dos pacientes depende muito do reconhecimento precoce dos sinais e sintomas, e necessita de um contínuo monitoramento e reestadiamento dos casos, assim necessário à revisão do histórico clínico, isto acompanhado de exames físicos completos (BRASIL, 2007).

De acordo com a pergunta onde foi questionado se a Secretaria de Saúde disponibiliza treinamento sobre a dengue para as Unidades Básicas de Saúde, pode-se observar que os profissionais informaram que a secretaria da saúde disponibiliza treinamentos relacionados à dengue para os profissionais que atuam nas Unidades

Básicas de Saúde, tendo uma representatividade de uma amostra de 100%. Mas como já observado, no gráfico número seis encontra-se contraditório a questão número sete, onde se questiona do treinamento sobre a dengue. Provavelmente porque, quando houve o treinamento os profissionais não conseguiram participar dos treinamentos disponibilizados.

A capacitação de profissionais de saúde para o atendimento a pacientes com suspeita de dengue é um dos princípios do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNDC) do Ministério da Saúde. Para atender algumas necessidades importantes no treinamento e atuação do enfermeiro frente a pacientes com suspeita de dengue, a Secretária de Vigilância em Saúde desenvolveu alguns materiais que auxiliassem nesse processo de identificação precoce dos sinais e sintomas e assistência adequada ao paciente com dengue ou com suspeita da doença (BRASIL, 2008).

O ministério da saúde juntamente com a secretaria de saúde, disponibiliza treinamentos relacionados à dengue. Onde buscam cada vez mais, novas formas de repassar informações sobre o assunto, através de treinamentos cada vez mais modernos (BRASIL, 2012).

Na pergunta quando questionados sobre como são os treinamentos da dengue observou-se, que os treinamentos são a maioria teóricos, representando 92% (n=11). Já no treinamento prático tem a representatividade de 8% (n=1). Com base na questão, verificou-se que os treinamentos são teóricos e abordam principalmente temas como sintomas da doença, sua classificação, desenvolvimento e principais cuidados, com o objetivo de informar e atualizar o conhecimento dos profissionais de saúde, e instruídos na identificação da doença. O treinamento prático pôde estar relacionado aos enfermeiros que acompanham os agentes de endemias nos locais com suspeita do foco da dengue, focos da dengue já existente e suspeita da doença.

De acordo com a questão que perguntou se os treinamentos são básicos, intermediários ou avançados, observou-se que os treinamentos são a maioria básico, com a representação de 59% (n=8). Sendo 33% (n=4) treinamentos intermediários e 8% (n=1) treinamento avançado. Observando-se então que a maioria dos enfermeiros participou dos treinamentos teóricos, ondem possivelmente podem ter tido treinamentos básicos, intermediários e avançado.

Onde se questionou se os enfermeiros atuantes nas Unidades de Básicas de Saúde saberiam identificar um paciente com suspeita de dengue, observou-se que 100% dos enfermeiros atuantes nas Unidades Básicas de Saúde, responderam que sabem identificar pacientes com suspeita de dengue.

De acordo com a questão onde foram questionados quais os principais sinais sintomas da dengue, observou-se que os enfermeiros sabem quais são os principais sinais e sintomas da dengue, representando uma amostra de 100%. Pode estar relacionado aos treinamentos disponibilizados pela Secretaria de Saúde, assim o enfermeiro saberá realizar a abordagem dos pacientes com suspeita dengue.

Segundo Brasil (2007), “a abordagem do paciente com suspeita de dengue deve seguir uma rotina de anamnese e exame físico. Essas informações são necessárias para o estadiamento e o planejamento terapêutico adequado”.

A febre está entre as primeiras manifestações dos sinais e sintomas da dengue, com início superior a 38°C. Apesar de a febre estar presente na maioria dos pacientes com suspeita da dengue, muitos podem apresentar outros sinais e sintomas característicos da doença, por isso é importante a identificação dos sinais da doença, para o manejo adequado dos pacientes (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE-BELO HORIZONTE, 2016).

Quando questionados se existe protocolo de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, para atendimento a pacientes com suspeita de dengue, observou-se que em 83% (n=10) das Unidades Básicas de Saúde tem protocolo. Em 17% (n=2) observa-se não possuir protocolo de atendimento.

Como a maioria respondeu que sabe da existência do protocolo provavelmente alguns não novos no sistema e ainda não estão familiarizados com o funcionamento das unidades.

Segundo Brasil (2013), protocolos são:

As rotinas dos cuidados e das ações de gestão de determinado serviço, equipe ou departamento, elaborados a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas por profissionais experientes e especialistas em uma área, e que serve para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde.

O Protocolo de Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde é uma ação da Secretaria de Saúde e do Conselho Regional de Enfermagem (COREN). Eles têm

como visão, garantir o desempenho dos enfermeiros, visando às necessidades da população (DAHER, BARRETO, DE CARVALHO, 2013).

De acordo com o questionamento se os protocolos disponíveis são eficazes, pode-se observar que 83% (n=10) dos enfermeiros responderam que o protocolo é eficaz, para a identificação da doença, e 17% (n=2) dos enfermeiros responderam que não.

Atualmente o protocolo de cuidados e tratamento para dengue é padronizado pelo Ministério da Saúde, a partir do manual da Dengue. No entanto vale ressaltar que é importante realizar, investir e estimular a inserção da educação continuada para os enfermeiros das Unidades Básicas de saúde e incentivar a educação permanente sobre o assunto, não enfatizando somente o protocolo de dengue mais também todos os protocolos existentes que são pertinentes ao enfermeiro (DAHER, BARRETO, DE CARVALHO, 2013).

De acordo com a questão quinze, onde foi questionado quando identificado o paciente com dengue, qual a primeira ação do enfermeiro, pode-se observar que os profissionais de enfermagem sabem quais as primeiras ações que devem ser realizadas ao paciente com suspeita da doença, sendo representado com 100%.

A conduta do profissional de enfermagem mediante ao usuário com suspeita de dengue, e garantir atendimento eficaz e de qualidade. Pois a enfermagem exerce um papel muito importante na detecção e acompanhamento aos casos de suspeita de dengue, a sua atualização constata no estadiamento clínico e primordial para saber identificar precocemente sinais de agravamento, para assim agir conforme o protocolo de enfermagem preconizado pelo Ministério da Saúde para assim evitar o óbito desse paciente. Pois cabe ao profissional de enfermagem, orientações, realizar, encaminhar, coletar e registrar os dados desse paciente (ROSSO, 2014).

Segundo Brasil, (2008) diz que: “cabe ao profissional de enfermagem coletar e registrar dados da forma mais detalhada possível no prontuário do paciente. Esses dados são necessários para o planejamento e a execução dos serviços de assistência de enfermagem”.

Quando perguntado se o enfermeiro possui conhecimento dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde de quantos casos de suspeita de dengue

tem na região e município, 75% dos enfermeiros tem conhecimento dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, quanto a casos de suspeita de dengue na região e no município. E que em 25% não possuem conhecimentos desses dados disponibilizados.

O Roteiro de investigação depende da situação epidemiológica e circulação previa do vírus da dengue em cada área, fazem-se necessárias condutas de vigilância e controles diferenciais, que exigem roteiros e condutas de investigação específicas (SECRETARIA DO ESTADO PARANÁ, 2016).

Segundo Brasil (2007), “todo caso suspeito de dengue deve ser notificado à Vigilância Epidemiológica”.

Ao perguntar quais as ações de educação em saúde que o enfermeiro deve desenvolver na sua comunidade, juntamente com a população, alguns responderam:

“Realizar palestras nas escolas sobre o assunto, inserir o assunto em grupos comunitários, igrejas, etc”; “Orientações, reuniões, distribuir material”; “Preconizar sempre mudanças, principalmente as atitudes relacionadas a auto-estima e o autocuidado, e bem estar. Com a participação também da equipe, multidisciplinar. Os ACS terão papeis importantes neste contexto”; fiscalização através de visitas domiciliares (ACS).; “Orientação é a melhor forma, mostrando de forma prática a maneira de evitar e prevenir a doença”; “Visitas a 100% dos imóveis da área de abrangência do território ESF, identificando focos de aedes; Educação em Saúde em escolas e empresas da área de abrangência ESF”; “Fazemos orientações nas reuniões de gestantes, reuniões de hiperdia c/ auxílio da vigilância sanitária”. Além de orientar os Agentes de Saúde a busca ativa nas visitas domiciliares”; “Limpeza de quintais / caixas de água tampadas / calhas limpas, etc”; “Conhecimento sobre a doenças, sintomas, tratamento; “Orientações, sobre o descarte correto do lixo”.

O tema educação em saúde vem sendo muito abordado na atualidade. Por isso evidencia a necessidade da atuação da população em conjunto com a Unidade Básica de Saúde, no planejamento de atividades educativas para prevenção e controle da dengue, assim fortalece o vínculo entre o profissional de enfermagem e a população atendida pela unidade de saúde (SALES, 2008).

As ações educativas é um dos principais norteadores das ações dos enfermeiros, pois se concretiza em vários espaços de realizações das práticas de enfermagem, em geral. Pois a imagem do enfermeiro é sempre vista e associada ao papel do cuidado e, ao cuidar, ele educa e busca sempre crias corresponsabilidade com os outros, assim aumentando a autonomia do sujeito. Sendo assim, a educação pode ser uma das formas de cuidar, pois o cuidado está relacionado em uma das maneiras de educar (OLIVEIRA E SANTOS, 2011).

As orientações que o enfermeiro deve dar a dengue e combater foco de dengue: orientar sobre locais que possam acumular água parada, locais propícios a criação do mosquito transmissor da doença, orientar qual a forma correta de eliminar focos de dengue e se mesmo assim houver dificuldades comunicar a Unidade de Saúde ou comunicar os agentes de endemias para auxiliar na eliminação correta de focos do mosquito entre outras orientações pertinentes a ocasião (BRASIL, 2011).

As ações de combate ao vetor possuem alguns componentes como: vigilância sanitária; inspeção predial e eliminação ou tratamento de reservatórios potenciais ou atuais de larvas e aplicação de inseticida; e um componente relativo à educação e comunicação sobre a doença e os meios de prevenção sobre a doença, além da necessidade de envolvimento da comunidade em geral (NAKAGAWA, 2013 apud, TAUIL, 2001).

De acordo com a pergunta se na visão do enfermeiro o governo pode auxiliar para conter a proliferação da dengue, observou-se que 92% dos profissionais de enfermagem, dizem que o governo pode sim auxiliar na contenção a proliferação da doença e do mosquito. E em 8% dos enfermeiros diz que o governo não pode auxiliar na contenção da doença.

Segundo Silva (2008) apud Sucen (2006), atualmente existem duas formas de controle profilaxia: mecânica e a química que ser explicadas há seguir:

O controle mecânico são medidas dirigidas aos recipientes, constituindo na sua modificação de forma a não permitir o acúmulo de água e, conseqüentemente, a proliferação do mosquito. Um dos mecanismos de combate pode ser, por exemplo, a alteração ou modificação do recipiente, através de visita dirigida às residências, por profissionais treinados; arrastões; mutirões de limpeza e delimitação de foco. Estas atividades agregam a finalidade de realizar atividades de controle e limpeza, com o objetivo de diminuir os focos de dengue. Já o controle químico consiste na aplicação de produtos químicos, de baixa a alta concentração nos locais de possível

criação do vetor e, em suas proximidades, com doses já previamente determinadas. No controle químico acontecem dois tipos de tratamentos: o focal, que acontece nos locais não removíveis e o perifocal, que consiste na aplicação de inseticidas sobre a superfície externa e interna de recipientes, dentro ou fora das casas.

O Governo pode também estar auxiliando no investimento de novas tecnologias, para o enfrentamento do mosquito *Aedes aegypti* e da doença ocasionada pelo mosquito. E auxiliar os laboratórios no desenvolvimento de vacinas, para disponibilizar a população. Combatendo assim o mosquito e a doença (BRASIL, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar a presente pesquisa, concluiu-se, que os enfermeiros referem possuir conhecimento de como atender pacientes com suspeita de dengue. O propósito deste trabalho foi analisar o conhecimento dos enfermeiros atuantes nas Unidades Básicas de Saúde do município de União da Vitória- PR, quanto ao primeiro atendimento a pacientes com suspeita de dengue assim podendo responder os objetivos propostos pela pesquisa, baseando-se, na análise dos dados interpretados e discutidos no decorrer do mesmo.

Durante a execução da pesquisa, foi elaborado um questionário onde os enfermeiros atuantes nas Unidades Básicas de saúde responderam as questões. Com base nas respostas pode-se afirmar que os enfermeiros tiveram treinamentos relacionados à dengue, mas que mesmo assim alguns relatam ter dificuldades na identificação da doença, devido à falta de protocolo, materiais para atendimento e falta de conhecimento, por se tratar de uma doença semelhante a outras que possuem as mesmas características iniciais da doença abordada na pesquisa. Então por estes motivos alguns enfermeiros têm dificuldades no atendimento aos pacientes com suspeita de dengue, pois esta doença em alguns aspectos assemelhasse a gripe, doenças exantemáticas, hepatites virais entre outras.

Identifica-se também, que o enfermeiro refere saber quais são as primeiras ações que devem ser tomadas frente a pacientes a com suspeita de dengue, para prestar um atendimento de qualidade ao paciente evitando assim possíveis óbitos.

Atualmente não existe nem um caso da doença em União da Vitória-PR, somente a presença do mosquito. Somente poderá se observar se realmente os profissionais Enfermeiros saberão atender os casos no momento que tivermos de dengue ou epidemia. Somente assim é que poderá se comprovar ou não se os enfermeiros estão realmente preparados para prestar o atendimento à população.

O presente estudo teve algumas limitações devido à escassez de literaturas que tenham cientificidade no assunto, quando falamos na atuação do enfermeiro frente a pacientes com suspeita de dengue. Com esses dados obtidos na pesquisa procurou-se de alguma forma contribuir na atuação dos enfermeiros frente ao atendimento a dengue.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação. 6. ed. São Paulo, Atlas, 2003.42/A553i/Livros.

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Orientações técnicas para proteção da saúde dos agentes de saúde/organizadores: Letícia coelho da costa nobre et. al - salvador: cesat/divisa/divep/dab/sais/ciave. 2012. 38 p: il. disponível em:
<http://www1.saude.ba.gov.br/entomologiabahia/photoartwork2/downloads/arquivo1.pdf>
Dia: 05/11/2016, horas: 17h:30min.

BARRETO, Maurício Lima; TEIXEIRA, Maria Glória. Dengue no Brasil: situação epidemiológica e contribuições para uma agenda de pesquisa. 2008. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142008000300005.
Dia: 05/09/2016, horas: 14h: 30min.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo para atendimento aos pacientes com suspeita de dengue. Ano: 2016. Disponível em:
[file:///C:/Users/user/Downloads/protocolo-atendimento-dengue-2016%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/protocolo-atendimento-dengue-2016%20(2).pdf) . Dia: 05/11/2016. Horas: 16h: 14min.

BRASIL, Ministério da Saúde. Dengue instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas. - 3. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde :Fundação Nacional de Saúde, 2001.84 p. : il. 30 cm. Disponível em:
<https://www.yumpu.com/pt/document/view/18809915/dengue-instrucoes-para-pessoal-de-combate-ao-vetor/3>, Dia:02/11/2016 às horas:16:00.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Dengue: diagnóstico e manejo clínico - Adulto e Criança-3. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 28p. (Série A. Normas e Manuais Técnicas).

A - BRASIL. Ministério Da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Dengue: Manual de enfermagem- Adulto e criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.48 p. (Série A. Normas e Manuais e Técnicas).

B - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção á Saúde. Departamento de atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2 ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008 197 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21). Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cab_n21_vigilancia_saude_2ed_p1.pdf.
Dia: 26/10/2016. Horas: 22h50min.

A - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. O agente comunitário de saúde no controle da dengue / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 36 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

B - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. O agente comunitário de saúde no controle da dengue. Ministério da Saúde, 2009.36 p. 36 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em:
http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/zoonoses/publicacoes/Anexo%204_PCD.pdf.

Dia: 06/06/2016, horas: 15h: 30min.

C-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:
https://mooc.campusvirtualsp.org/repository/coursefilearea/file.php/27/zika_es/res/u1/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf. Dia: 05/05/2016, horas: 16h30min

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças Infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8. ed. rev. -Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 448p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar/Ministério da Saúde, Secretaria de

Atenção á Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013, livro de saúde publica. 2v.:il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 52 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://www.sbp.com.br/pdfs/DENGUE_DIAGN%20STICO_E_MANEJO_CL%20%28NICICO_CRIAN%20%27AS_2011_MINIST%20RIO_DA_SA%20ADE.pdf. Dia: 14/10/2016, horas: 18h: 30mim.

A) BRASIL. Saúde Lança Curso de Capacitação a Distância para Combate à Dengue. Ministério da Saúde. Porta do Brasil. Publicado em: 08/05/2012. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/saude-lanca-curso-de-capacitacao-a-distancia-para-combate-a-dengue>. Dia: 08/11/2016, horas: 18h: 38mim.

B) BRASIL. Ministério da Saúde. Dengue: manual de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 64 p.: il. Disponível em http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4536219/4128404/dengue_manual_enfermagem_2ed.pdf. Dia: 16/10/2016, horas: 15h: 30mim.

C) BRASIL. Ministério da Saúde. Ações do Governo no Combate ao Aedes. Publicado em: 16 de fevereiro de 2016. Disponível em:

<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/perguntas-e-respostas/50662-acoes-do-governo-no-combate-ao-aedes>. Dia: 09/11/2016, horas: 20h: 30mim.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 58 p.: il.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da saúde. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 8, 2016/2015. Boletim epidemiológico, v: 47 n°14, p.1-7, 2016. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/2016-008-Dengue-SE8.pdf>. Hora: 17h30min, Dia: 27/04/2016, dia: 05/05/2016. 12h30min

BRITTO, Fernanda da Rocha, SAMPERIZ, Maria Mercedes Fernandez. Dificuldades de comunicação e estratégias utilizadas pelos enfermeiros e sua equipe na assistência ao deficiente auditivo. *einstein*. 2010; 8 (1 Pt 1):80-5 . Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0080.pdf. Dia: 07/11/2016, horas: 21h25min.

CHAVES. R. O. P. Cenários de Atuação do Profissional de Enfermagem no Atendimento ao Paciente com Dengue. Porto Alegre, 2011. Retirado de: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/dengue/default.php?p_secao=22. Dia:11/05/2016, horas 21h50min.

CLARO, L. B.; TOMASSINI, H. C.; ROSA, M. L. Prevenção e controle do dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população [Dengue prevention and control: a review of studies on knowledge, beliefs, and practices]. Cadernos de saúde pública, v. 20, n. 6, p. 1447-57, 2004. Retirado de: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n6/02.pdf>, Dia: 15/05/2016 às 11h15min.

CORRÊA, Paulo Roberto Lopes; FRANÇA, Elisabeth; BOGUTCHI, Tânia Fernandes. Infestação pelo Aedes aegypti e ocorrência da dengue em Belo Horizonte, Minas Gerais. Revista de Saúde Pública, v. 39, n. 1, p. 33-40, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n1/05.pdf>. Dia: 21/11/2016, horas: 09h51min.

DAHER, Maria José Estanislau, BARRETO Bárbara Trindade do Bomfim, DE CARVALHO Silvia Cristina de. Dengue: Aplicação do Protocolo de Atendimento pelos Enfermeiros. Rev Enferm UFSM 2013 Set/Dez; 3 (3):440-448. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/9069-53901-1-PB.pdf>. Dia: 08/11/2016, horas: 20h30min.

DE PAULA, EDUARDO VEDOR. Dengue: Uma análise climato-geográfica de sua manifestação no Estado do Paraná (1993-2003). 2005. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Paraná. Disponível em: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/teses_geografia2008/dissertacaoeduardovedorpaula.pdf. Dia: 14/05/2016, horas: 14h20min.

DE SOUZA, Ilana Vanina Bezerra, et. al. Educação em Saúde e Enfermagem: Revisão Integrativa da Literatura. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança – Jun. 2013; 11(1): 112-121. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wpcontent/uploads/2010/11/Educa%E2%94%9C%C2%BA%E2%94%9C%C3%BAo-em-sa%E2%94%9C%E2%95%91de-e-enfermagem.pdf>. Dia: 14/04/2016 às 19h30min.

DIAS, Larissa BA, et. al. Dengue: transmissão, aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento. Medicina (Ribeirão Preto. Online), v. 43, n. 2, p. 143-152, 2010. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2010/vol43n2/Simp6_Dengue.pdf. Dia: 13/05/2016 horas: 22h50min.

ERDMANN, et.al. O Alcance da Excelência por Programas Brasileiros de Pós-Graduação Stricto Sensu com Doutorado em Enfermagem. Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 130-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a15v21n1.pdf>. Dia:05/11/2016, horas:15:30.

FIGUEIREDO, Nêbia, Maria, Almeida. Ensinando a cuidar em Saúde Pública. 1. ed.- São Caetano do Sul, SP: Yendis editora, 2008. (Pratica de enfermagem).

SECRETARIA DO ESTADO PARANÁ. Chega a quase dois mil casos de dengue no Paraná Matérias da SESA. Publicado: 12/01/2016. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=4565>. Dia: 05/05/2016 horas: 14h30min.

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. Chega a quase dois mil o número de casos de dengue no Paraná. Publicado em 12/01/2016 14:38. Disponível em: <http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=87509>. Dia: 02/05/2016, horas: 22h00min.

GOMES, Fábio de Barros. Consultoria legislativa. Aedes Aegypti. Estudo técnico/2016.

Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/fiquePorDentro/temas/aedes-aegypti/texto-base-da-consultoria-legislativa-em-pdf>. Dia: 26/04/2016, horas: 14h30min.

GOMES, Almério de Castro, et. al. Atividade antropofílica de Aedes aegypti e Aedes albopictus em área sob controle e vigilância. Revista de Saúde Pública, v. 39, n. 2, p. 206-210, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n2/24043.pdf>, Dia: 02/11/2016 Horas: 15h50min.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Paraná- União Vitória. Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisa, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Ano: 2016. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=412820> Dia: 11/11/2016, horas:21h:11min.

LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti, et. al. Representações sobre dengue, seu vetor e ações de controle por moradores do Município de São Sebastião, Litoral Norte do Estado de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1696-1706, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v23n7/22.pdf>. Dia: 27/04/2016, hora: 20h30min.

LOPES, Marta Júlia Marques Lopes, LEAL, Sandra Maria Cezar. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. cadernos pagu (24), janeiro-junho de 2005, pp.105-125. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>. Dia: 05/11/2016, horas: 14h: 31min.

MANCIA, Joel Rolim; CABRAL, Leila Chaves; KOERICH, Magda Santos. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. Revbrasenferm, v. 57, n. 5, p. 605-10, 2004. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Joel_Mancia/publication/7746085_Permanent_educati

on_in_the_context_of_nursing_and_health/links/02e7e53cc8cdfef0e4000000.pdf.
Dia: 12/05/2016 às 16h30min.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Tudo que você precisa saber sobre a Dengue. Dengue.org.br. Esplanada dos Ministérios - Bloco G - Brasília – DF, 2011, Disponível em: http://www.dengue.org.br/dengue_prevenir.html. Dia: 09/11/2016, horas: 21h: 18min.

NAKAGAWA, apud, TAUIL, Promoção da Saúde nas Ações de Controle e combate ao Dengue nas Escolas de Ceilândia. 68 p., (FCE/UnB, Graduação, 2013). Monografia – Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia, 2013. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/6117/1/2013_CamilaKaoriNakagawa.pdf. Dia: 09/11/2016, horas: 21h: 44min.

OLIVEIRA, Regina Lopes, SANTOS, Márcia Elena Andrade. Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: Conhecimentos e Práticas do Enfermeiro. Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG - V.4 - N.2 - Nov./Dez. 2011. Disponível em: [http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v4_2/05-EDUCACAO-EM-SAUDE-NA-ESTRATEGIA-SAUDE-DA-FAMILIA-CONHECIMENTOS-E-PRATICAS-DO-ENFERMEIRO\(OLIVEIRA; SANTOS\).pdf](http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v4_2/05-EDUCACAO-EM-SAUDE-NA-ESTRATEGIA-SAUDE-DA-FAMILIA-CONHECIMENTOS-E-PRATICAS-DO-ENFERMEIRO(OLIVEIRA; SANTOS).pdf). Dia: 09/11/2016, horas: 07h46min.

OLIVEIRA. L.S. Tratamento de Metodologia Científica. 2 Edições. Editora pioneira. Ano: 2002

ORTEGA et.al. Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. Rev. Latino-Am. Enfermagem maio-jun. 2015; 23 (3): 404-10. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-23-03-00404.pdf. Dia: 05/11/2016, horas: 15h: 07min.

PASTEUR, Sanofi. A divisão de Vacinas da Sanofi. Dengvaxia: vacina dengue 1, 2, 3 e 4 (recombinante e atenuada). Modelo de bula. Dengvaxia – 12 2015. Disponível em: http://www.sanofipasteur.com.br/sites/www.sanofipasteur.com.br/files/sites/default/files/pictures/Dengvaxia_Bula%20Paciente.pdf. Dia: 14/11/2016, horas: 13h: 46min.

PAULA, Eduardo Vedor de; DEPPE, Flávio. SIG-Dengue: Sistema de Informações Geográficas para o monitoramento e controle da dengue no estado do Paraná. Anais XII Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto, Goiânia, Brasil, p. 16-21, 2005. Disponível em: <http://marte.sid.inpe.br/col/ltid.inpe.br/sbsr/2004/11.20.17.35/doc/2309.pdf>. Hora: 13h39min, dia: 14/05/2016.

PETERSON Aline Azevedo, CARVALHO Emília Campos. Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. Rev Bras Enferm, Brasília 2011 jul-ago; 64(4): 692-7. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a10v64n4.pdf>. Dia: 08/11/2016, horas: 17h55min.

ROECKER Simone, BUDÓ Maria de Lourdes Denardin, MARCON Sonia Silva. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. Rev Esc Enferm USP 2012; 46 (3): 641-9 Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/16.pdf> . Dia: 08/11/2016, horas: 22h06min.

ROSSO, et. al. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014. 336 p.: il. 2 edição. Disponível em: <http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2015/02/Protocolo-de-Enfermagem-2015.pdf>. Dia: 06/11/2016, horas: 12h30min.

SALES, Fátima Maria de Sousa. Ações de educação em saúde para prevenção e controle da dengue: um estudo em Icaraí, Caucaia, Ceará. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, n. 1, p. 175-184, 2008. Disponível em: http://www.cienciamao.usp.br/dados/ard/_acoesdeeducacaoemsaudepa.arquivo.pdf. Dia: 06/11/2016, horas: 17h58min.

SANTOS, Carlos Eduardo, TAKAHASH, Regina Toshie. Resgatando a Trajetória Profissional do Enfermeiro do Sexo Masculino: Um Enfoque Fenomenológico. R. Bras. Enferm., Brasília. v. 53, n. 2. p. 183-192. abrJun. 2000. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/v53n2a03.pdf>. Dia: 05/11/2016, hora: 14h: 27min.

SANTOS, Antonio Raimundo dos. Metodologia Científica: a construção conhecimento. 5ªed. Rio de Janeiro, DP&A, 2002. 001.42/S237m/Livros

SECRETARIA DE SAÚDE. Vigilância Epidemiológica. Rua Piquiri/ 170- Rebouças. Curitiba – PR. Disponível em: <http://www.dengue.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=14>. Dia: 08/11/2016, as horas: 21h: 33mim.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Relação das Unidades de Saúde de União da Vitória. Portal do Município de União da Vitória- Paraná. Ano: 2013. Disponível em: <http://uniaodavitoria.pr.gov.br/fala-cidadao/>. Dia: 11/11/2016, horas: 21h: 18mim.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, Curitiba- PR. Manual de Normas e Procedimentos Para Vacinação- Dengue. Estratégia de Vacinação Contra Dengue. Ano: 2016, Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/VacinaDENGUE.pdf>, Dia: 14/11/2016, hora: 13h: 31mim.

SILVA, Jesiel Souza Silva, MARINO, Zilda de Fátima e Scopel, Irací. A dengue no Brasil e as Políticas de Combate ao Aedes Aegypti: da Tentativa de Erradicação às Políticas de Controle. Hygeia 3(6): 163-175, Jun/2008. Disponível em:

<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/16906/9317>. Dia: 09/11/2016, horas: 20h: 17mim.

TABAKMAN, Roxana. Medscape. Dengue: o que é preciso saber sobre a vacina disponível no Brasil. Notícias e perspectivas, Educação Médica. Ano: 2016, disponível em: http://www.sbp.com.br/src/uploads/2016/08/vacina-Dengue_Medscape.pdf. Dia: 14/11/2016, horas: 10h: 54mim.

TAUIL, Pedro Luiz. Urbanização e ecologia do dengue Urbanizationand dengue ecology. Cad Saúde Pública, v.17,p.99-102,2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v17s0/3885.pdf> , hora:15:56. Dia: 27/04/2016.

TAUIL, Pedro Luiz. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil Criticalaspectsof dengue control in Brazil. Cad. Saúde Pública, v. 18, n. 3, p. 867-871, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v18n3/9314.pdf> . Hora: 15h54min, dia: 26/04/2016.

TREVISAN, et. al . Formação de Enfermeiros: Distanciamento entre a Graduação e a Prática Profissional. Cienc Cuid Saude 2013 Abr/Jun; 12(2): 331-337. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/19643/pdf>.Dia: 07/11/2016, horas: 20h57min.

VARELLA, Drauzio; JARDIM, Carlos. Coleção Doutor Drauzio Varella: Dengue e febre amarela. São Paulo, Gold, 2009. 616.921/V293d/Livros

VILLELA, et.al. Tempo de atuação do profissional enfermeiro – Minas Gerais. Revista de enfermagem do portal do Cofen, foco em enfermagem, 2011; 2 (4):248-250.Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/194/130>.Dia:07/11/2016, horas:20h:51min.

EFICÁCIA DE GEL CICATRIZANTE COM EXTRATO DE ERVA MATE PARA PELE COM ACNE, EM ESTUDANTES DE UM CURSO DE FARMÁCIA DA CIDADE DE UNIÃO DA VITÓRIA – PR

Renata Zenfe¹
Silvana Harumi Watanabe²
Elias da Costa³
Marcos Joaquim Vieira⁴

RESUMO: A acne é uma doença inflamatória que acomete principalmente regiões do corpo ricas em glândulas sudoríparas, onde as substâncias oleosas liberadas, formam uma mistura com as células mortas da pele, obstruindo os folículos pilosos, podendo promovendo o desenvolvimento de bactérias, além de extravasar para os tecidos próximos tendo edema, vermelhidão e pus. Essa dermatite traz preocupação principalmente em relação à estética, já que dependendo do estágio das lesões, podem ocasionar cicatrizes e/ou desfiguração duradoura. Para isso, cada vez mais vem crescendo o investimento em produtos cosméticos anti acne, os quais têm como principal mecanismo de ação o combate dos micro-organismos, seja pela diminuição do pH da pele e/ou por remover a camada superficial de gordura da epiderme e dos poros, impedindo a proliferação das bactérias. Diante disso, o extrato de erva mate, que já vem sendo explorado pela indústria cosmética pelo seu potencial benefício, dentre eles acredita-se que auxilie na redução das acnes por intensificar as ações da vitamina C, reduzindo radicais livres e outros resíduos da pele. Sendo assim, os objetivos do presente estudo foram: realizar a manipulação de um gel com extrato de *Ilex paraguariensis* (erva mate) em concentração prédefinidas; fornecer o gel formulado para acadêmicos voluntários selecionados aleatoriamente; fazer acompanhamento visual da pele após o uso do gel; aplicar questionário para verificar o grau de satisfação dos participantes em relação ao produto. A metodologia empregada foi de natureza experimental quantitativa. O estudo foi desenvolvido com oito acadêmicos do Curso de Farmácia das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu, do município de União da Vitória-PR, os quais receberam amostras do gel, utilizando para limpeza diária da pele por um período de 30 dias. Ao final do estudo, os participantes responderam a um questionário onde expressaram sua opinião sobre as principais características do produto formulado. No estudo constatou-se que o extrato de *Ilex paraguariensis* demonstrou significativo efeito na redução das acnes, podendo ter relação principalmente pela eficácia apresentada no controle da oleosidade da pele. O principal resultado evidenciado com o trabalho foi em relação à eficácia que o gel desenvolvido apresentou, principalmente na redução da oleosidade da pele e ainda em promover sua hidratação. E em relação à aceitabilidade, 75% dos acadêmicos que utilizaram o produto afirmaram que o comprariam.

Palavras-chave: Acne. Erva-mate. Cosmético.

ABSTRACT: Acne is an inflammatory disease that mainly affects regions of the body rich in sweat glands, where the released oily substances, form a mixture with dead skin cells, obstructing the hair follicles, can promote the development of bacteria, and extravasate to the surrounding tissues having edema, redness and pus. This dermatitis is mainly concerned with aesthetics, since depending on the stage of the lesions, can cause lasting scarring and/or disfigurement. For this, the investment in cosmetic anti-acne products has been increasing, with the main mechanism of action being the fight against micro-organisms, either by reducing the pH of the skin and / or by removing the superficial layer of fat from the epidermis and pores, preventing the proliferation of bacteria. Faced with this, the extract of

¹ Bacharel em Farmácia pelas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU, União da Vitória, Paraná, Brasil.

² Mestre em Ciências Farmacêuticas UNICENTRO. Docente Faculdades Integradas Vale do Iguaçu UNIGUAÇU, União da Vitória, Paraná, Brasil.

³ Doutor em Química. Docente das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

⁴ Graduado em Farmácia. Mestre em Desenvolvimento Regional. Docente das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

mate, which has already been explored by the cosmetics industry for its potential benefit, among them is believed to help reduce acnes by intensifying the actions of vitamin C, reducing free radicals and other skin wastes. Therefore, the objectives of the present study are: perform the manipulation of a gel with *Ilex paraguariensis* extract (maté herb) in pre - defined concentrations; provide gel formulated for volunteer academics randomly selected; visual follow-up of the skin after use of the gel; apply questionnaire to verify the degree of satisfaction of the participants in relation to the product. The methodology employed was of quantitative experimental nature. The study was developed with eight academics from the Pharmacy Course of the Integrated Faculties of the Iguaçu Valley, in the city of União da Vitória, PR, who received samples of the gel, used for daily skin cleansing for a period of 30 days. At the end of the study, the participants answered a questionnaire where they expressed their opinion about the main characteristics of the formulated product. In the study, the extract of *Ilex paraguariensis* showed a significant effect on the reduction of acnes, and may be related mainly to the effectiveness presented in the control of skin oils. The main result evidenced with the work was in relation to the effectiveness that the gel developed presented, mainly in the reduction of the oiliness of the skin and also in promoting its hydration. And regarding acceptability, 75% of the academics who used the product said they would buy it

Keywords: Acnes. Mate herb. Cosmetic

1 INTRODUÇÃO

A acne é uma doença que pode cometer praticamente todas as pessoas, de qualquer idade, porém mais predominantes na fase de puberdade. A acne não só desfigura o rosto e o corpo, como também pode marcar de modo profundo e permanente a autoestima da pessoa (PERRICONE, 2003). Trata-se de uma patologia cutânea que acomete o folículo pilos sebáceo (glândula sebácea) e atinge muitas pessoas em graus e períodos variáveis. Em geral a acne atinge as regiões mais lipídicas da pele, conferindo a ela um aspecto brilhoso, lustroso, e os óstios foliculares se apresentam dilatados e obstruídos (DAL GOBBO, 2010). Vários são os produtos no mercado que prometem ajudar no tratamento da acne. Eles agem de diversas maneiras, da limpeza com eliminação de impurezas, correção da pele, e proteção (DAL GOBBO, 2010). Na maioria dos casos as técnicas de tratamento para acne são escolhidas de acordo com o grau de acometimento da acne e a sua tipologia. Podemos dividir o tratamento da acne em: profilático (cuidados higiênicos e alimentares), medicamentoso (uso de antiinflamatórios, antibióticos, cosméticos etc.), cirúrgico, terapêutico (limpeza de pele, luz pulsada e etc.) e alternativo (acupuntura, fitoterapia e etc.) (PERRICONE, 2003). Devido a isso, o mercado cosmético vem crescendo consideravelmente com produtos cada vez mais inovadores, a indústria investe em novos produtos, e com isso vem se buscando novos ativos para linha de

cosméticos. Esses são produtos de uso externo, destinados à proteção ou embelezamento das diferentes partes do corpo (BRASIL, 2016). Os cosméticos anti acnes contém fármacos específicos para o combate dos micro-organismos responsáveis pela mesma. Além disso, diminuem o pH da pele e/ou removem a camada superficial de gordura da epiderme e dos poros, impedindo a proliferação das bactérias. Um dos agentes anti acnes mais usado desde a Antiguidade é o enxofre, na forma pura ou de seus sais. Outras substâncias naturais usadas por várias civilizações indígenas são os taninos e o quinino, extraídos das

cascas de arvores, e de algumas ervas, transformados em pasta e aplicados sobre a área afetada (BARATA, 1995). Dentre esses, o extrato de erva – mate (*Ilex paraguariensis*) vem sendo explorado pela indústria cosmética devido ao seu potencial benefício. Possuindo efeito antioxidante, diurético, estimulante, antilipêmico, estimulador metabólico, ação antiglicante e vasodilatador. Externamente, é usado sob a forma de cataplasma, no tratamento de úlceras de perna (LORENZI, 2008). O desenvolvimento de um gel com extrato de erva mate tem como finalidade diminuir a oleosidades da pele e agir no controle das espinhas, diminuindo o aparecimento das mesmas e eliminando as já existentes. Acredita-se que o extrato de erva mate auxilie no tratamento de peles oleosas por intensificar ações da vitamina C que auxilia no controle de radicais livres (moléculas que provocam o envelhecimento e outras doenças). Quanto mais livre de sujeiras e resíduos menor a oleosidade e a possibilidade de surgir acne e outros males a pele (CUNHA, 2009). Vale lembrar que um produto cosmético deve possuir eficácia e segurança e aceitabilidade para que seja bem aceito pela população. Eficácia para os benefícios atribuídos ao produto e a segurança em seu uso (ANVISA, 2004).

2 MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa teve caráter experimental quali-quantitativa, onde iniciou se com a manipulação do gel, testes de estabilidade e de aceitabilidade

A manipulação do gel foi realizada no laboratório de Farmacotécnica perante formula retirada do formulário nacional (2012), e posterior incorporação do extrato de

erva mate conforme Ferreira (2011), onde o extrato foi adicionado aos poucos e sob homogeneização ao gel base de carbopol® em concentração de 10%, conforme literatura.

A estabilidade da formulação foi avaliada de acordo com o Guia de Estabilidade de Produtos Cosméticos (HENRIQUES, 2004) e com o Guia de Controle de Qualidade de Produtos Cosméticos (MELLO, 2008), submetendo o gel formulado a testes de estabilidade preliminar e de estabilidade acelerada. O estudo da estabilidade preliminar foi realizado logo após o desenvolvimento do gel, por meio da avaliação das características organolépticas e da centrifugação. Para avaliação da estabilidade acelerada, foram separadas quatro amostras do gel, as quais foram submetidas a diferentes ambientes e temperaturas, sendo a primeira armazenada em temperatura ambiente, a segunda em estufa, a terceira em geladeira e a quarta ao abrigo da luz, sendo a última o padrão para comparação das demais sendo avaliadas por um período de 3 meses em relação ao pH e as características organolépticas.

O teste de aceitabilidade foi realizada com acadêmicos voluntários da 10ª período do curso de farmácia das Faculdade Integradas Vale do Iguaçu- UNIGUAÇU, da cidade de União da Vitória –PR, após assinarem o termo livre e esclarecido e ser aceito pelo comitê de ética e bioética da presente instituição.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Acne é uma doença dermatológica que acomete o folículo pilos sebáceos (glândula sebácea), sendo essas as regiões mais lipídicas da pele, podendo ocorrer em qualquer idade (PERRICONE, NICHOLAS 2003). Os tratamentos disponíveis para acne, incluem cremes, géis, sabonetes e antibióticos orais, além da isotretinoína. Como também alguns tratamentos complementares recomendados pelo dermatologistas tais como: extração de comedões, punção ou drenagem de pústulas, nódulos e pseudocitos, peeling, laser e outros procedimentos. (SBD, 2014). A Erva Mate tem demonstrado excelentes resultados no tratamento de peles acneicas devido ao seu grande nível de antioxidantes e adstringentes; alcaloides como xantínicos, cafeína 0,2 a 2,2%, teofilina 0,05%; flavonoides como o canferol, quercetina e seus

glicosídeos, incluindo rutina; taninos de 4 a 16%; terpenoides sendo, o ácido ursólico, B- armirina, ilexosídeo A, ilexosídeo B metil ester, colina e trigonelina (aminas), aminoácidos, riboflavina (vit B2), piridoxina (vit B6), niacina, ácido pantotênico (vit B5), vitamina C e resinas. (BARNES, JEANNE 2012). Pensando nessas propriedades, foi desenvolvido um gel de extrato de Erva Mate. Após a formulação do gel, esse passou por testes de estabilidade preliminar e acelerada, conforme preconiza o Guia de Estabilidade de Produtos Cosméticos da Anvisa.

O teste de estabilidade preliminar foi realizado na fase inicial do desenvolvimento, através de centrifugação para analisar se haveria separação de fases (quebra de emulsão). Não está disponível nenhum protocolo oficial que padronize os testes de estabilidade para cosméticos, sendo que estes devem ser realizados de acordo com a finalidade do produto estabelecida pelo fabricante, os constituintes da formulação e a forma cosmética em que se apresenta. Entretanto, o Guia de estabilidade de cosméticos, publicado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, tem o intuito de orientar as indústrias e/ou formuladores sugerindo testes de estabilidade, bem como parâmetros de avaliação a serem seguidos (MELLO, 2008). Segundo esse Guia, os testes podem ser seguidos conforme as seguintes etapas: primeiramente a centrifugação, se aprovado segue para os outros testes denominados preliminares ou de triagem, que têm o objetivo de auxiliar e orientar a escolha das formulações, durando em média 15 dias (LARENTES, 2009).

O teste de centrifugação produz estresse na amostra simulando um aumento na força de gravidade, aumentando a mobilidade das partículas e antecipando possíveis instabilidades. Estas poderão ser observadas na forma de precipitação, separação de fases, formação de caking, coalescência entre outras (ANVISA, 2004). O primeiro teste empregado foi à centrifugação, realizada como análise preliminar, para determinar algum sinal de instabilidade. A formulação empregada não apresentou alterações estando apta ao prosseguimento do estudo. Quanto às características organolépticas iniciais, ou seja, no tempo 0 (T0), o gel apresentava coloração verde claro, com odor característico e aspecto de gel brilhoso. Quanto ao pH, era de 3,7.

O teste de estabilidade acelerada com duração de aproximadamente 90 dias, fornecem uma previsão da estabilidade do produto, seu tempo de vida útil e a compatibilidade da formulação com o material de acondicionamento (MELLO, 2008). As quatro amostras foram armazenadas em lugares diferenciados submetidas a diferentes ambientes e temperaturas, sendo uma em temperatura ambiente, uma em estufa, outra em geladeira e a quarta no escuro. Dessa foram analisadas as características organolépticas e o pH.

Quadro 1 – Resultados das análises de estabilidade acelerada

AMOSTRAS	COR	ODOR	ASPÉCTO	pH
Padrão (T ₀)	Verde claro	Característico	Gel brilhoso	3,7
DATA: 12/07/2017				
Ambiente	Levemente modificada	Sem alteração	Sem alteração	4,5
Estufa	Sem alteração	Sem alteração	Sem alteração	4,3
Geladeira	Sem alteração	Sem alteração	Sem alteração	4,5
Escuro	Sem alteração	Sem alteração	Sem alteração	4,48
DATA: 25/08/2017				

Ambiente	Levemente modificada	Sem alteração	Sem alteração	4,5
Estufa	Sem alteração	Sem alteração	Sem alteração	4,3
Geladeira	Sem alteração	Sem alteração	Sem alteração	4,5
Escuro	Sem alteração	Sem alteração	Sem alteração	4,7
DATA: 02/09/2017				
Ambiente	Levemente modificada	Sem alteração	Sem alteração	4,5
Estufa	Sem alteração	Sem alteração	Sem alteração	4,3
Geladeira	Sem alteração	Sem alteração	Sem alteração	4,4
Escuro	Sem alteração	Sem alteração	Sem alteração	4,7
DATA: 02/10/2017				
Ambiente	Levemente modificada	Sem alteração	Sem alteração	4,5
Estufa	Sem alteração	Sem alteração	Sem alteração	4,4
Geladeira	Sem alteração	Sem alteração	Sem alteração	4,2
Escuro	Sem alteração	Sem alteração	Sem alteração	4,7

Fonte: A autora, 2017.

Os resultados obtidos estão expressos no Quadro 1, onde pode-se perceber que o resultado da formulação do gel de extrato de erva - mate ficou dentro das expectativas iniciais para o produto em questão, já que manteve suas características durante o tempo de teste, sendo que a única alteração observada foi em relação a coloração da amostra mantida em temperatura ambiente, a qual apresentou cor mais clara em relação as demais. Isso pode ser devido a exposição à luz e ao calor, acredita-se que se acrescentando uma quantidade de antioxidante e uma embalagem adequada este item seria solucionado (SANTOS et al., 2004). Um estudo realizado por Enshaieh et al. (2007) com o extrato de chá verde, *Camellia sinensis*, apresentou atividades documentadas favoráveis. Obtendo resultados semelhantes ao da Erva Mate. Quanto ao pH, foram analisados em dias diferentes para ver se sofria alterações. Nesse caso todas as amostras variaram entre 4,2 e 4,7, estando dentro

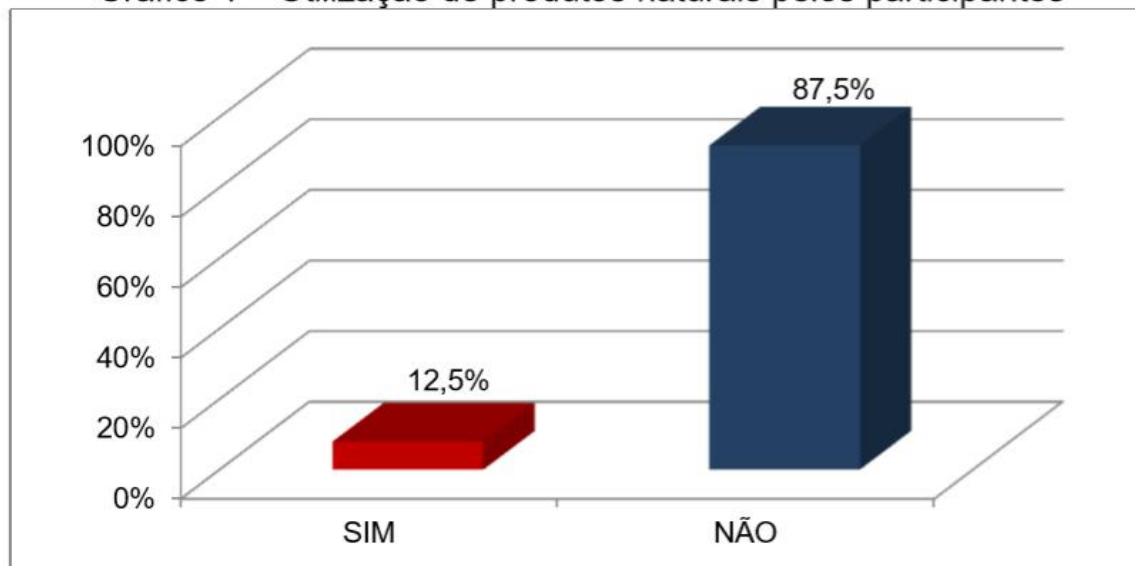
da faixa do pH fisiológico da pele que é de 4,0 - 6,5, tornando assim um produto seguro para o uso.

Para acompanhar os resultados obtidos em relação à pele dos participantes, foram tiradas fotografias antes do uso do gel, após duas semanas do início do uso e ao final dos trinta dias. Assim pode-se comparar as alterações pertinentes com a ação do produto sobre os locais de aplicação. Dos oito acadêmicos que participaram, seis apresentaram bons resultados, como pode ser notado na análise das imagens, tendo uma diferença com relação à aparência das acnes. Algumas diminuíram e outras secaram, segundo relatos, os mesmos notaram grande diferença na oleosidade e hidratação da pele. Sendo que houve baixa na oleosidade e sentiram a pele mais hidratada e fresca. Já dois deles, como demonstram as imagens a seguir, não tiveram bom desempenho em relação às acnes, porém gostaram da capacidade de hidratação e frescor apresentadas pelo gel. Isso pode se dar devido a característica que as espinhas apresentam, se ela for de origem hormonal, não conseguimos tratar apenas com uso tópico, é mais aconselhável uso de medicamento. (PERRICONE, 2003).

Para o teste de aceitabilidade, o questionário respondido pelos participantes abordava perguntas que permitiram analisar o grau de satisfação dos mesmos em relação ao produto, bem como as características mais marcantes do gel que culminaram para a redução das acnes e melhora na qualidade da pele. A tabulação percorrida para análise e interpretação dos dados abordados no questionário, contemplou com a leitura das respostas, sendo tabuladas e apresentadas através de

gráficos.

Gráfico 1 – Utilização de produtos naturais pelos participantes



Fonte: A autora, 2017.

Produtos naturais possuem em sua formulação uma porcentagem de 10 a 100% de ingredientes orgânicos. Possuem formulação diferenciada, não possuem fragrância e nem corantes artificiais, agrotóxicos e, também não são testados em animais. (IBD, 2014). No Gráfico 1, podemos observar que 87,5% dos participantes não utilizam produtos naturais, enquanto 12,5% utiliza e aprova.

A textura é uma característica importantíssima na avaliação da qualidade de um produto, sendo determinante na aceitabilidade do consumidor (ANVISA, 2014). Os géis encontram-se nesta categoria de veículos, cuja consistência viscosa é obtida através da adição de uma substância espessante na água. Sua forma cosmética é viscosa, mucilagínosa, obtida mediante colóides protetores, transparentes ou não, que ao secarem deixam uma película invisível sobre a pele. Por não conter material graxo, é indicado para peles oleosas e mistas (ANSEL; ALLEN JR; POPOVICH, 2000). 100% dos participantes aprovaram a textura do gel.

A pele oleosa tem como principal característica a produção exagerada de sebo, por meio das glândulas sebáceas. Isso significa aquele brilho extra em toda face, o que se torna uma das principais causas de acne e espinhas (PERRICONE, NICHOLAS, 2003). De acordo com as informações dos participantes, 75% tiveram

uma diminuição na oleosidade da pele, 12,5 % acharam pouca a diminuição e 12,5 % não notaram diferença.

Em relação a compra do gel, 25% não compraria, mas aprovaram o produto e os outros 75% falaram que aprovam e que comprariam o produto. Este tipo de pesquisa serve para mostrar qual o nível de satisfação dos participantes com relação a um produto específico. Produtos que poderiam ter uma melhor inserção no mercado. Os clientes estão muito mais abertos a inovações quando estão insatisfeitos com os produtos atualmente no mercado. Também é possível ver quais fatores influenciam a compra dos clientes. Isto pode ajudar em ações de marketing a serem realizadas posteriormente para obter melhor alcance das campanhas publicitárias sobre o público alvo de consumidores dos produtos (PHD, 2012)

CONCLUSÃO

A nossa região é grande produtora de erva – mate, que cada vez mais vem sendo explorada para uso em diversos setores. Num prazo de trinta dias os participantes usaram o gel todas as noites após higiene da pele. Através de fotos e um questionário final analisamos o desempenho do gel e a satisfação dos participantes. Pode-se analisar um resultado satisfatório, do seu uso, porém dando mais ênfase à diminuição da oleosidade e hidratação e também a sensação de frescor em 75% dos participantes, apenas 25% não compraria o gel, mas aprovaram o produto. Com este estudo pode-se dizer que o extrato líquido de Erva Mate é eficaz no tratamento para pele oleosa e com acne, e podemos ter seu extrato líquido associado com outros ativos cosméticos e elaborando assim novas formulações. Mais um ativo extraído da nossa região, que pode se tornar fonte de renda.

REFERENCIAS

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. COSMÉTICOS: Guia de Estabilidade de Produtos Cosméticos. 1 ed. Brasília: Athalaia Grafica, 2004. 52 p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cosmeticos.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

ANSEL, Howard C.; ALLEN JR, Loyd V; POPOVICH, Nicholas G. Farmacotécnica, Formas Farmacêuticas e Sistemas de Liberação de Fármacos. 6. ed. Editora Premier: São Paulo, 2000.

AVRAM, Marc R. Atlas colorido de dermatologia estética. Rio de Janeiro, 2008.

BARATA. E. A Cosmetologia: Princípios Básicos. Tecnopress Editora, 2. Ed. São Paulo, 1995.

BARNES, Joanne. Fitoterápicos. 3.ed. Porto Alegre. Artmed, 2012.

BRASIL, Agencia Nacional de Vigilancia Sanitária. GUIA PARA AVALIAÇÃO DE SEGURANÇA DE PRODUTOS COSMETICOS.[mensagem pessoal] Mensagem recebida por: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/106351/107910/Guia+para+Avaliação+de+Segurança+de+Produtos+Cosméticos/ab0c660d-3a8c-4698-853a-096501c1dc7c>>. em: 10 ago. 2012.

BRASIL, Datamark Market Intelligence. INOVAÇÃO EM COSMETICOS. 2016. Disponível em: <<https://www.datamark.com.br/noticias/2016/1/industria-decosmeticos-inova-para-manter-as-marcas-mais-tradicionais-187774/>>. Acesso em: 12 set. 2017.

BRASIL, Formulário Nacional da Farmacopeia Brasileira 2. Ed. 2012 ,

CUNHA, A.P. Farmacognosia e Fitoquímica. 2ed. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa, 2009, p.670.

DAL GOBBO, Priscila. Estética facial essencial. São Paulo: Atheneu Editora, 2010.

ENSHAIL S, JOOYA A, SIADAT AH, IRAJI F. INDIAN J DERMATOL VENEROL LEPROL. 2007.

FERREIRA, Anderson de Oliveira. Guia prático de farmácia magistral. 4. ed.2011. Editora Pharmabooks. São Paulo.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994. 207p.

LARENTES, Itamar de Abreu. AVALIAÇÃO PRELIMINAR DA ESTABILIDADE DE CREMES FOTOPROTETORES DE FARMÁCIAS MAGISTRAIS. 2009. Disponível em: <http://www.nead.fgf.edu.br/novo/material/monografias_quimica/ITAMAR_DE_ABREU_LARENTES.pdf>. Acesso em: 10 maio 2017.

LOURENÇO, Felipe Rebello. TESTE DE EFICÁCIA DE CONSERVANTES DE MEDICAMENTOS E COSMÉTICOS. São Paulo: Slides, 2016. 40 slides, color. Disponível em:

<[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2211662/mod_resource/content/1/Eficácia de Conservantes.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2211662/mod_resource/content/1/Eficácia_de_Conservantes.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2017.

LORENZI, Harri. Plantas medicinais do Brasil. 2. ed. Nova Odessa, SP. Instituto Plantarum. 2008.

MELLO, Dirceu Raposo. Guia de controle de qualidade de produtos cosméticos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2ª edição, revista – Brasília : Anvisa, 2008. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/cosmeticos/material/guia_cosmetico.pdf>. Acesso em: 09 maio 2017.

PERRICONE N. O fim da Acne. Editora: Elsevier. Rio de Janeiro, 2003.

PFARMA. Farmacêutico Magistral. 2009. Disponível em: <<http://pfarma.com.br/profissao-farmaceutico/80-farmaceutico-magistral.html>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

PHD, Instituto de Pesquisas. Pesquisa de Satisfação do Cliente. 2012. Disponível em: <<https://www.institutophd.com.br/saiba-mais-um-pouco-sobre-pesquisa-desatisfacao-do-cliente/>>. Acesso em: 10 out. 2017.

SANTOS, Kleber Alves dos et al. Polifenóis em chá de erva-mate. Nutrição Brasil, Curitiba- Pr, v. 3, n. 1, p.47-50, fev. 2004. Disponível em: <http://www.agricultura.pr.gov.br/arquivos/File/PDF/polifenois_erva-mate.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

SIMÕES, Claudia Maria Oliveira. Farmacognosia: da planta ao medicamento. 5.ed. Porto Alegre/Florianópolis. Editora da UFRGS/ Editora da UFSC, 2004.

SIMOES, C.M.O et al. Farmacognosia da Planta ao medicamento. 6 ed. Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Port Alegre, 2007. P.1102

Sociedade Brasileira de Dermatologia. Acnes. 2014. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/acne/23/>>. Acesso em: 10 out. 2017.

SOUZA, Adilson Veiga e; ILKIU, Giovana Simas de Melo. Manual de Normas Técnicas para Trabalhos Acadêmicos. União da Vitória: Kaygangue, 2017.