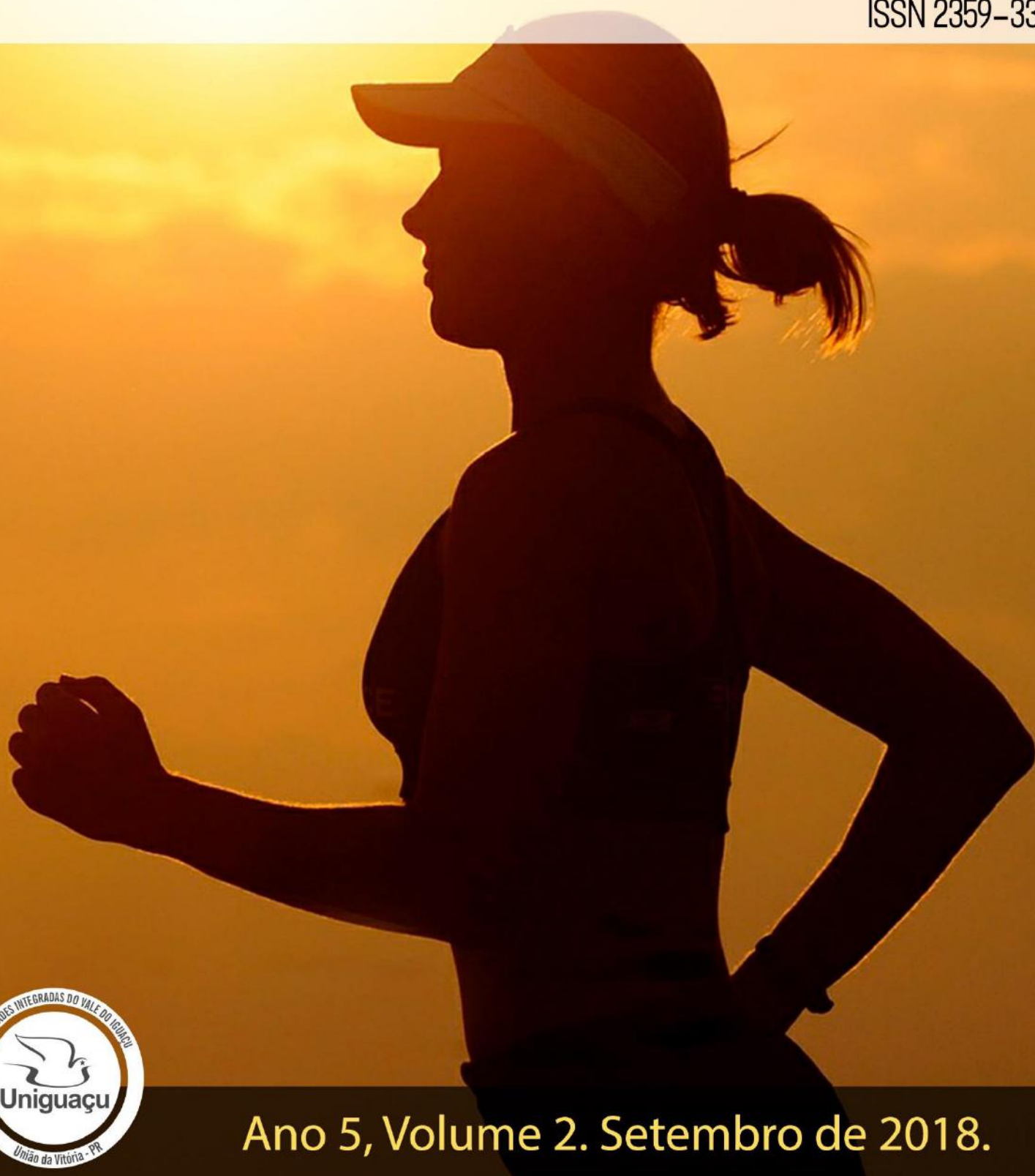


latindex

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
GESTAÇÃO 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

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

Luana Parizotto¹
Natalie de Castro Almeida²

RESUMO: Este estudo tem por finalidade levantar informações bibliográficas sobre a relevância e influência que a motivação possui sob alunos (as) durante o processo de aprendizagem, enfatizando a motivação intrínseca, motivação extrínseca e o relacionamento entre aluno (a) e professor (a), e como estes contribuem de maneira positiva ou negativa no desenvolvimento do aluno (a) dentro do ambiente escolar. Também, é trazido a Teoria da Autodeterminação como fator subjetivo em cada aluno (a), onde foca a busca por interesse pela aprendizagem e a valorização da educação, de maneira que cada um obtenha confiança em suas habilidades e formas de conhecimento. Neste estudo, é ressaltado a dificuldade de encontrar materiais nacionais relacionados a motivação intrínseca e extrínseca de alunos (as), porém é possível encontrar a Escala de Avaliação da Motivação para Aprender de Alunos do Ensino Fundamental (EMA-EF), construída por Neves & Boruchovitch, a qual é uma ferramenta nacional válida, para uso profissional da psicologia, que facilita na investigação de motivação intrínseca e extrínseca, de forma rápida e precisam, auxiliando assim em estudos envolvendo a motivação em cunho escolar.

Palavras-chave: Motivação; Intrínseca; Extrínseca; Aprendizagem; Aluno.

ABSTRACT: This study aims to collect bibliographic information about the relevance and influence that motivation has on students during the learning process, emphasizing the intrinsic motivation, extrinsic motivation and the relationship between student and teacher, and how they contribute positively or negatively to the student's development within the school environment. Also, the Self-Determination Theory is brought as a subjective factor in each student (a), where he focuses the search for interest in learning and the valuation of education, so that each one obtains confidence in his abilities and forms of knowledge. In this study, it is highlighted the difficulty of finding national materials related to the intrinsic and extrinsic motivation of students, but it is possible to find the Assessment of Learning Motivation to Students of Elementary School (EMA-EF) scale, built by Neves & Boruchovitch, which is a valid national tool for the professional use of psychology, which facilitates the investigation of intrinsic and extrinsic motivation, quickly and needfully, thus aiding in studies involving motivation in school.

Keywords: Motivation; Intrinsic; Extrinsic; Learning; Student.

1 INTRODUÇÃO

O corrente estudo procura salientar a relevância e influência que a motivação possui sob alunos durante o processo de aprendizagem. A palavra motivação vem de

¹ Acadêmica do 10º período do Curso de Psicologia das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

² Professora orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade UNIGUAÇU; Perita em Avaliação para o trânsito - CESMAC, Pós-graduada em Neuropsicologia - FAFI, Especialista em Psicologia do Trânsito – CDETEC.

“motivo”, o qual na linguagem comum, tem o significado de “causa”. A psicologia ao realizar estudos sobre os motivos, busca descobrir o porquê das ações produzidas pelos indivíduos (BARROS, 2007).

Os psicólogos comportamentais como Thorndike, Watson, Skinner e outros, consideravam apenas a motivação extrínseca, a qual é alcançada através de recompensas e reforços, sendo estes fundamentais para a aprendizagem que eles determinam como obtenção de novas respostas ou remodelação de comportamento. Diferente destes, os psicólogos cognitivistas como Jerome Bruner, ressaltam a motivação intrínseca, onde o indivíduo possui desde que nasce forças internas que o movem à aprendizagem, sendo estas a curiosidade, desejo de competência, entre outras. No entanto, Bruner reconhece a importância do reforço e da recompensa externa, apesar que considera seus efeitos momentâneos (BARROS, 2007).

Com isso, cada indivíduo possui diferentes formas de motivação e é considerada um fenômeno pessoal. Isso tem sido um fator determinante na qualidade da aprendizagem, sendo um processo importante no contexto escolar, podendo ser subdividida em motivação intrínseca e extrínseca. Cada uma delas pode ser trabalhada e desenvolvida de diversas formas, sendo que uma complementa a outra, para desenvolver potencialidades em sala de aula e obter bons índices na aprendizagem escolar (BARROS, 2007).

Alguns autores como Burochovitch & Bzuneck (2001) mencionam a motivação como um problema importante na educação, pelo fato que, comparando com outras circunstâncias, na falta de motivação há uma depreciação de grande significado na concentração aplicada nas tarefas de aprendizagem.

Há uma grande escassez em materiais de pesquisas, estudos e ferramentas para avaliar a motivação para aprender de alunos, a maioria existente é estrangeira, o que dificulta os estudos, porém estimula a busca por conhecimentos nesta área. Com isso Neves & Boruchovitch construíram a Escala de Avaliação da Motivação para Aprender de Alunos do Ensino Fundamental (EMA-EF), a qual é uma ferramenta nacional válida, para uso profissional da psicologia, que facilita na investigação de motivação intrínseca e extrínseca, de forma rápida e precisa (BORUCHOVITCH, SANTOS & NEVES, 2015).

Os autores citam, que estudos atuais têm verificado a conexão entre motivação e aprendizagem, comprovando que a motivação é capaz de propiciar resultâncias, tanto na aprendizagem quanto no desempenho, da mesma maneira a aprendizagem pode proporcionar alterações na motivação (BORUCHOVITCH, SANTOS & NEVES, 2015; BZUNECK, 2001, GUIMARÃES, 2001). Sendo assim, as ciências da Psicologia juntamente com a da Educação, têm o dever de buscar a compreensão do comportamento e em especial no processo de motivação, levando em conta as diversas subjetividades de cada indivíduo, como o ambiente social, as formas de comportamento, a cognição e a afetividade.

É relevante compreender a motivação no âmbito escolar, pois é fundamental no processo de aprendizagem, sendo que é comprovado a conexão entre a motivação e a aprendizagem, considerando que é ligada a subjetividades únicas de cada indivíduo, como: desenvolvimento da cognição, atenção, a forma como indivíduo se concentra, a maneira com que absorve e desenvolve informações, solução de problemática, etc (BZUNECK, 2001).

Sem dúvidas as pessoas possuem características diferentes, o que as diferem em suas motivações, sendo algo que é de dentro para fora, considerando o meio como forma de influência para seu desenvolvimento. Diante disso é perceptível a importância em buscar informações e estudos que analisem as motivações dos indivíduos, para que se adaptem maneiras de despertar essa energia interna.

2 METODOLOGIA

Para esse estudo será utilizado o método de pesquisa dedutivo, pesquisa básica, qualitativa e exploratória de cunho bibliográfico.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Quando se fala no processo de aprender, é necessário levar em conta que o indivíduo vai em busca de informações, analisar sua própria bagagem de experiência, propiciar habilidades, adequar-se as mudanças, desvendar o real significado das

coisas, dos fatos e acontecimentos, em busca de mudanças de comportamentos e atitudes, desta maneira, é possível afirmar que o aluno é o principal responsável pela aprendizagem (KULLOK, 2002).

A aprendizagem é como uma alteração significativa e permanente no comportamento ou na potencialidade comportamental como consequência da experiência ou da prática. Sendo assim, a aprendizagem é integrada por alterações no comportamento, podendo ocorrer mudança imediata no comportamento, ou a mudança pode ocorrer algum tempo depois, porém são consequências de experiências. “Aprender pode até mesmo consistir em mudanças que poderiam potencialmente ser iniciadas, mas nunca o foram porque a oportunidade nunca apareceu” (HUFFMAN, VERNOY; VERNOY, 2003, p. 198).

Domingues (2007) define a aprendizagem como o procedimento em que as experiências de cada indivíduo modificam o sistema nervoso, e por consequência disso, modifica o comportamento. Somente é possível modificar o comportamento através de obtenção de conhecimento, e isto se dá através da aprendizagem. Tanto na aprendizagem, quanto na formação da memória o cérebro passa por transformações químicas onde há modificação na estrutura do neurônio. Com isso, é possível afirmar que o processo de aprendizagem acontece de maneira concreta, fisiológica e química. Para que haja um interesse crescente na aprendizagem, é necessário investigar e entender as necessidades, valores e desejos de cada indivíduo, proporcionando assim a motivação para buscar o conhecimento.

De forma integral, a aprendizagem está relacionada a existência particular de cada indivíduo, levando em conta sua subjetividade singular no decorrer do tempo e de cada história. Sendo assim, a aprendizagem é considerada uma necessidade humana essencial e uma maneira de se tornar humanizado, visto que através da aprendizagem o indivíduo se insere no contexto social e se confirma na condição de ser humano. Logo, o processo de escolarização e aprendizagem deve ser vista de diversas maneiras, de forma a considerar e compreender a subjetividades dos indivíduos, especificando e garantindo o sentido de educação como direito universal, a ser praticado em situações personalizada no desenvolvimento da aprendizagem (ROZEK; DOMINGUES, 2017).

Com isso, para aprender de maneira verdadeira, o indivíduo precisa se apropriar do aprendido, podendo transformá-lo e reinventá-lo, sendo possível utilizar o aprendido em contextos concretos do dia-a-dia. Porém, para que isso ocorra, o indivíduo precisa ter motivação de buscar o aprender, visto que é uma estruturação diária, através de observações, ações, decisões e criações, em que constrói o saber com intenção de compreender a realidade. (VASCONCELOS; BRITO, 2006).

A motivação para a aprendizagem tem relação e envolvimento com os fatores intrínsecos e extrínsecos, sendo necessário a compreensão de ambos. Dessa maneira, a motivação intrínseca, em relação à aprendizagem, é reforçadora por si própria, sendo as ações feitas de forma prazerosa, e é extrínseca no momento em que a aprendizagem acontece quando o indivíduo busca alcançar um outro objetivo, como ganhar o reforçamento ou recompensa, por exemplo. Os dois tipos de motivação são existentes, mas mesmo que se use ferramentas para estimular a motivação de forma extrínseca, a expectativa é de se obter a motivação intrínseca, a qual tem a tendência de continuar progressivamente, no entanto, a extrínseca diminui no momento em que o indivíduo satisfaz sua carência extrínseca (WITTER, 1984).

Quando o indivíduo faz algo para conseguir alguma coisa diferente, ele experimenta a motivação extrínseca, é um meio para um fim. Já a motivação intrínseca é uma motivação interna que o indivíduo dispõe para realizar algo em si mesmo, o fim em si mesmo. Os alunos necessitam dentro de sala de aula que o ambiente seja favorável para que estejam intrinsecamente motivados a obter a aprendizagem. A motivação intrínseca tem como característica relevante a autodeterminação. Uma forma de aumentar a motivação intrínseca, é fazer com que os alunos assumam responsabilidades, de forma que possam fazer escolhas próprias no contexto escolar (SANTROCK, 2010).

Motivação intrínseca é algo interno de cada pessoa, que realiza algo para um fim em si mesmo, e motivação extrínseca é algo externo onde o indivíduo realiza algo para obter outro algo, sendo um meio para um fim, porém o elogio contribui para a elevação da motivação intrínseca dos alunos (SANTROCK, 2010).

Ainda, a motivação extrínseca é caracterizada de acordo com a forma que as ações são realizadas pela pessoa, levando em conta com o ganho, seja ele através

de recompensas materiais ou sociais. Em controversa da motivação intrínseca que ocorre de forma autônoma, a motivação extrínseca tem total relação com o controle do ambiente externo (BORUCHOVITCH, SANTOS & NEVES, 2015).

Com isso, sabemos que a motivação intrínseca é subjetiva, advém do próprio indivíduo, porém é possível instigá-la através de fatores externos, o que no contexto escolar é necessário constantemente estimular, de forma que busque a manifestação do interesse e motivação interna do aluno pela aprendizagem. Sendo assim, a motivação extrínseca tem sido definida como o estímulo para realizar tarefas em busca de obter algo, como recompensas de cunho material ou social, podendo ser reconhecimento, ou por pressão vinda de outras pessoas. Porém, se a motivação externa for aplicada de maneira que desencadeie os desejos do indivíduo, isso irá incitar a motivação intrínseca, ocasionando benefícios importantes no âmbito escolar (GUIMARÃES & BZUNECK, 2002).

A motivação na aprendizagem tem como definição “causar ou produzir a aprendizagem, estimular o aluno, despertar interesse ou entusiasmo pela aprendizagem” (BARROS, 2007, p. 110). Os comportamentos dos indivíduos necessitam de ações e esforços que os motivem a prosseguirem até conquistarem objetivos pessoais. “A motivação é o processo através do qual os motivos surgem, se desenvolvem e mobilizam comportamentos” (LA ROSA, 2007, p. 170). Motivar a aprendizagem escolar é vincular o trabalho em sala de aula junto às insuficiências e propósitos dos alunos, propor incentivos de forma a estimular os motivos para alcançar a vontade de estudar.

No ambiente escolar é evidente que nas atividades haja uma análise cognitiva, fazendo com que o aluno entenda que se ele executar tarefas, obterá resultados que os quais desejam, podendo ser estes resultados boas notas, reconhecimento, recompensas ou até mesmo se poupar de aborrecimentos em casa (GUIMARÃES, 2001). Entretanto, esse tipo de motivação não é espontânea do sujeito, surgindo efeito de curto prazo, fazendo com que ele realize atividades até cumprir com o que é proposto, e pouco resultará em aprendizagem de boa qualidade. Para se aprender conteúdos escolares, a motivação precisa ser instigada de forma direta sob estratégias como a modelação, e também, através da comunicação de perspectivas

das ações exercidas, sendo indispensável para o desenvolvimento e sucesso escolar (BZUNECK, 2001).

Para que o ser humano se desenvolva de forma evolutiva, inteligente, madura, psíquica, criativa ele necessita de um motivo interior, com isso, o indivíduo para obter a aprendizagem escolar precisa de motivos intrínsecos. Alunos têm melhor aprendizagem, de maneira mais rápida, quando se sentem seguros, benquistos, e quando tratados de forma subjetiva. Também é necessário que suas necessidades básicas estejam supridas, não podem estar com fome, nem sono, nem exaustas, com problemas de saúde ou sociais, assim, propendem a atingir uma melhor aprendizagem (RODRIGUES, 1976).

Em relação a aprendizagem escolar, algumas ideias de Vygotsky são tratadas como importantes, onde a aprendizagem antecede o desenvolvimento, antes de um movimento motor no desenvolvimento; as funções psíquicas se mostra primeiramente no ambiente externo e social, e após no ambiente interno e psicológico; o ambiente de desenvolvimento proximal onde a criança consegue fazer algo sozinha e o que ela precisa de ajuda de outro indivíduo para fazer; e “ a ideia de mediação, que de alguma forma tem sido tergiversada, para a mediação como papel exercido pelo professor em relação ao aluno e ao conhecimento” (MARTÍNEZ & REY, 2017, p. 23), em razão disso, se considera a concepção cultural histórica, e o enfoque na subjetividade de cada indivíduo.

No desenvolvimento da aprendizagem, a motivação escolar do indivíduo tem grande relevância, e para que se consiga estimulá-la, Filho (2005, p. 27) menciona:

[...] provocar interesse, curiosidade, entusiasmo, vontade de pesquisar, estímulo, amor pelo conhecimento e problematização do conteúdo tem sido consideradas atitudes de senso comum, teoricamente falando, mas muito pouco trabalhadas na prática docente.

Sendo assim, é primordial que dentro do contexto escolar e familiar seja incentivado o estudo, de forma com que o indivíduo se sinta interessado, e não simplesmente obrigado a fazer determinada tarefa, demonstrando a ele a importância de suas decisões, em relação a aprendizagem, já que são de sua responsabilidade as consequências. Quando os alunos possuem a oportunidade para fazerem suas escolhas, os mesmos sentem-se mais motivados, relacionando desafios com suas

capacidades as quais representam de alguma forma recompensas de significação substancial (SANTROCK, 2010).

De acordo com Guimarães, Bzuneck & Sanches (2002), estudos realizados no decorrer dos últimos anos, tem apontado a motivação com relevância em relação a aprendizagem no contexto escolar. Em sua maior parte, o foco é de como é possível persuadir os alunos a se comprometerem a desenvolver as atividades escolares, desenvolvendo assim melhores índices de aprendizagem.

Contudo, o estudo da motivação para aprendizagem tem ganhado atenção na atualidade, pois alunos desmotivados possivelmente arcarão com diversas consequências, como a repetência, que se acontecer continuamente irá ocasionar em evasão escolar, sendo que muitas vezes estes alunos não retornam à escola (KNÜPPE, 2006). Sendo assim, pesquisas nesta área contribuem com a aprendizagem, já que é comprovado teoricamente que a motivação tem total relação com o aprender, conduzindo o aluno ao sucesso ou fracasso, considerando que as consequências não serão somente no tempo presente, mas também em longo prazo.

Segundo Guimarães & Boruchovitch (2004), os autores Deci, Ryan, Connel produziram a Teoria da Autodeterminação, a qual relaciona personalidade e motivação dos seres humanos, com foco em vertentes progressivas, as necessidades instintivas psicológicas, circunstâncias adequadas à motivação, o desempenho social e satisfação pessoal. De acordo com Deci, Ryan e Connel (1985 apud Guimarães & Boruchovitch, 2004, p.144):

A base inicial para a Teoria da Autodeterminação é a concepção do ser humano como organismo ativo, dirigido para o crescimento, desenvolvimento integrado do sentido do self e para integração com as estruturas sociais. Nesse empenho evolutivo estaria incluída a busca de experiências com atividades interessantes para alcançar os objetivos de: a) desenvolver habilidades e exercitar capacidades; b) buscar e obter vínculos sociais; e c) obter um sentido unificado do self por meio da integração das experiências intrapsíquicas e interpessoais. Nessa perspectiva, consideram-se as ações autodeterminadas como essencialmente voluntárias e endossadas pessoalmente e, em contraposição, as ações controladas como resultado de pressões decorrentes de forças interpessoais ou intrapsíquicas. No primeiro caso, a regulação do comportamento é escolhida pela pessoa, já no segundo caso, o processo de regulação pode ou não ser consentido. Aplicada ao contexto educacional, a Teoria da Autodeterminação focaliza a promoção do interesse dos estudantes pela aprendizagem, a valorização da educação e a confiança nas próprias capacidades e atributos.

De acordo com Boruchovitch, Santos & Neves (2015), estudos recentes definem a Teoria da Autodeterminação como um macro teoria da motivação, onde os estudantes possuem um tipo de orientação geral para seu crescimento, e as necessidades psicológicas inatas, seguem a alcançar a motivação autônoma. Ainda, é possível subdividir a Teoria da Autodeterminação em quatro mini teorias, as quais se completam e se relacionam: Teoria das Necessidades Básicas, Teoria da Avaliação Cognitiva, Teoria das Orientações Causais e a Teoria da Integração Organísmica.

Na mini teoria das Necessidades Básicas tem como principais características a competência, autonomia e pertencimento, considerando que estas características fazem parte das necessidades psicológicas. De acordo com White (1959 apud Boruchovitch, Santos & Neves, 2015, p. 16) “o homem tem a necessidade intrínseca de se sentir competente e compreende a motivação como uma força inata e inerente que explica o comportamento”. Já Guimarães (2009 apud Boruchovitch, Santos & Neves, 2015, p. 16) “define competência como a capacidade que nortearia a pessoa em direção à forma mais eficaz possível de interação com o meio”.

A necessidade de autonomia tem como definição a percepção da pessoa em relação à ação de escolha por ela mesma, obtendo como resposta a modificação esperada. Ao oposto da autodeterminação, pessoas que são movidas pelo âmbito externo, possuem a tendência de enfraquecimento, dificultando sua auto eficácia. De acordo com isso, o desenvolvimento da aprendizagem tem a tendência de comprometimento negativo se o aluno é obrigado a realizar certa atividade. A importância de desenvolver um ambiente que remeta segurança e relações emocionais de boa qualidade, e também estabelecer vínculos de confiança, é marcada pela necessidade de pertencer (BORUCHOVITCH, SANTOS & NEVES, 2015).

Na mini teoria da Avaliação Cognitiva, a análise é envolta dos acontecimentos externos da motivação. Sua estrutura tem por objetivo a identificação os motivos do âmbito social e ambiental, como por exemplo, recompensas, reforços, bonificações, entre outros, que auxiliam e favorecem na motivação intrínseca (BORUCHOVITCH, SANTOS & NEVES, 2015).

De acordo com a mini teoria das Orientações Causais as características subjetivas em relação ao controle ou a autonomia, somando a personalidade na macro teoria são definidas, isto é, esta teoria estuda o contexto da personalidade no comportamento autodeterminado, autônomo ou internamente motivado (BORUCHOVITCH, SANTOS & NEVES, 2015).

Por fim, na mini teoria da Integração Organísmica, o estudo é sobre a motivação extrínseca e sua quantidade de concentração interna, focando nas variadas formas de motivação extrínseca e das características do ambiente que ajudam ou interferem nos comportamentos motivados (BORUCHOVITCH, SANTOS & NEVES, 2015).

Em relação ao ambiente escolar, o (a) professor (a) está em contato direto com os (as) alunos (as) por longos períodos, e este relacionamento implicará de maneira negativa ou positiva na motivação para ocorrer à aprendizagem. Morrison & McIntyre (1975) citam os resultados de alguns estudos realizados por Evans onde os alunos tem preferência por professores bondosos, alegres, pacientes, justos, que gostem de ajudar, que tenham senso de humor, que sejam compreensivos com os problemas dos alunos, e, não gostam de professores sarcásticos, que buscam dominar e intimidar, que tenham alunos favoritos na sala, que usam castigos em busca de manter a ordem da sala, e que não tratam as crianças de forma subjetiva em suas particularidades e maneiras de aprender, sendo claro que todas essas características dos professores influenciam na motivação dos alunos, interferindo na qualidade e no rendimento da aprendizagem.

Desta maneira, é de grande importância que os professores e alunos tenham uma boa convivência ao invés de manter uma relação hostil e conflituosa, um ambiente positivo se torna propício para uma aprendizagem de qualidade. Diversas ocorrências de brigas e conflitos, onde alunos tentam desafiar a autoridade do professor, e professores tentam intimidar os alunos, desfavorecem o relacionamento positivo do ambiente, afetando a todos que frequentam o local. Com isso, é necessário que o professor se preocupe em manter um bom relacionamento em sala de aula, levando em conta de que o aluno é o construtor do processo de aprendizagem (KULLOK, 2002).

É preciso levar em conta que o processo de aprendizagem em sala de aula vai muito além de o professor transmitir o projeto educacional que é oferecido pelo Estado, Kullok (2002, p. 11) considera que:

Neste processo a relação entre sujeitos tem como razão maior a busca do conhecimento e isto só será alcançado se houver um processo de interação entre professor (ensino) e aluno (aprendizagem) com o objetivo de produzir mudanças. Partindo do princípio de que o problema essencial do professor é fazer com que seus alunos aprendam afirmamos que é preciso se conscientizar de que ensinar é desvendar um mundo novo, oculto, para aquele que busca aprender e assim, a aprendizagem é o processo através do qual o sujeito se apropria ativamente do conteúdo existente.

De acordo com Morales (2006), pensar no bom relacionamento entre aluno e professor não significa que atualmente está relação esteja ruim, mas sim em ver o ambiente escolar como um leque de possibilidades.

O modo como se dá nossa relação com os alunos pode e deve incidir positivamente tanto no aprendizado deles, e não só das matérias que damos, como em nossa própria satisfação pessoal e profissional, porque nossa relação com os alunos deve ser considerada uma relação prisional precisamente por se tratar de uma tarefa profissional, não podemos deixar de lado um aspecto que diz respeito diretamente à eficácia do que fazemos (MORALES, 2006, p. 10).

No decorrer do processo de aprendizagem escolar, deve-se considerar que o ensino tem influências de acordo com o pensar, sentir, acreditar e agir do professor. Sendo assim, o estabelecer do vínculo entre o professor e o aluno envolve e afeta na estruturação da subjetividade de ambos, com isso envolve questões de ordenação da subjetividade e da objetividade nos procedimentos do ensinar do professor e do aprender do aluno. “Nestes, tão importante quanto os conteúdos ensinados e aprendidos, é o molde relacional que se imprime na subjetividade dos sujeitos envolvidos” (ROZEK; DOMINGUES, 2017, p. 20).

O relacionamento interpessoal entre aluno e professor deve ser harmônico, visto que, o professor deve procurar em cada aluno as suas qualidades positivas, com o objetivo de alcançar o desenvolvimento no processo de aprendizagem. Sendo assim, o professor é visto como o orientador das atividades exercidas, considerando o aluno como integrante ativo, o qual participa do processo de aprendizagem, onde se sente incentivado pelos seus interesses próprios e por sua subjetividade, a qual o professor deve considerar individualmente em cada aluno, despertando sua motivação (MARTINS, 2002).

CONCLUSÃO

Com o presente estudo, é possível concluir a importância da motivação para alunos (as), sendo um fator crucial para uma aprendizagem de qualidade. O conhecimento da motivação intrínseca e extrínseca, e como instigá-las deve ser um ponto a ser relevado pelos professores (as), visto que eles são os principais agentes no contexto escolar, levando os alunos (as) a buscar conteúdos interessantes dentro e fora de sala de aula. É evidente que a motivação intrínseca é uma característica subjetiva de cada indivíduo, porém, através de utilização de técnicas que envolvem a motivação extrínseca, é alcançável a estimulação de interesse internos, desenvolvendo a motivação intrínseca, visto que as duas motivações são ligadas.

Dessa forma, podendo evidenciar e alcançar processo educativo de maior qualidade, sendo vivido de maneira mais saudável e harmoniosa para ambos os lados, tanto para alunos (as) como para professores (as). Tendo em vista, que são relacionamentos que duram muito tempo e a carga horária em sala tem por fim um contato bastante presente. Por estes motivos e outros que fogem a discussão deste trabalho, é que são fatores extremamente relevantes para que se pesquise e traga resultados dessas pesquisas, a cerca da melhor abordagem e manejo com essa clientela.

REFERÊNCIAS

- BARROS, C. S. G. **Pontos de psicologia escolar**. 5ª. Ed. São Paulo: Ática, 2007.
- BORUCHOVITCH, E.; BZUNECK, J. A. **A motivação do aluno: contribuições da psicologia contemporânea**. 3ª. Ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- BORUCHOVITCH, E.; SANTOS, A. A. A. & NEVES, E. R. C. **Estudos psicométricos sobre a escala de avaliação da motivação para aprender de alunos do ensino fundamental – EMA-EF**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.
- BZUNECK, J. A. **A motivação do aluno: aspectos introdutórios**. In: BORUCHOVITCH, E.; BZUNECK, J. A. **A motivação do aluno**. Petrópolis: Vozes, 2001.
- DOMINGUES, M. A. **Desenvolvimento e aprendizagem: o que o cérebro tem a ver com isso?** Canoas: Ed. ULBRA, 2007.

FILHO, G. F. **A psicologia no contexto escolar**. 2ª. Ed. Campinas, SP: Editora Átomo, 2005.

GUIMARÃES, S. E. R. **Motivação intrínseca, extrínseca e o uso de recompensas em sala de aula**. In: BORUCHOVITCH, E.; BZUNECK, J. A. A motivação do aluno. Petrópolis: Vozes, 2001.

GUIMARÃES, S. E. R. & BZUNECK, J. A. **Propriedades psicométricas de uma medida de avaliação da motivação intrínseca e extrínseca**: um estudo exploratório. Psico-USF, 7, 01-08. Jan/Jun. 2002. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/mestrededu/images/stories/downloads/docentes/conheca_sueli_arq10.pdf> Acesso em: 23 ago. 2017.

GUIMARÃES, S. E. R., BZUNECK, A. J., & SANCHES, S. F. **Psicologia educacional nos cursos de licenciatura**: a motivação dos estudantes. Psicologia Escolar e Educacional, Campinas, 6 (1), 11-19, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572002000100002&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 06 mar. 2018.

GUIMARÃES, S. E. R. & BORUCHOVITCH, E. **O estilo motivacional do professor e a motivação intrínseca dos estudantes**: uma perspectiva da teoria da autodeterminação. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2004, 17(2), pp.143-150. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/prc/v17n2/22466.pdf>> Acesso em: 16 set. 2017.

HUFFMAN, K.; VERNON, M.; VERNON, J. **Psicologia**. São Paulo: Atlas, 2003.

KNÜPPE, L. **Motivação e desmotivação**: desafio para as professoras do ensino fundamental. Educar, nº 27, p. 277-290. Curitiba: UFPR, 2006. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/1550/155013354017/>> Acesso em: 01 abr. 2018.

KULLOK, M. G. N. **Relação professor-aluno**. Maceió: edUFAL, 2002. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=1bZ2afrJn4C&pg=PA11&dq=RELACIONAMENTO+ENTRE+ALUNO+E+PROFESSOR&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiY9ZOM7ajbAhWTqZAKHU7jCpwQ6AEIJzAA#v=onepage&q=RELACIONAMENTO%20ENTRE%20ALUNO%20E%20PROFESSOR&f=false>> Acesso em: 27 mai. 2018.

LA ROSA, J. **Motivação e Aprendizagem**. IN:(Org.). Psicologia e educação: o significado do aprender. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

MARTÍNEZ, A. A.; REY, F. G. **Psicologia, educação e aprendizagem escolar**. São Paulo: CORTEZ EDITORA, 2017.

MARTINS, P. L. O. **Didática prática / didática teórica**: para além do confronto. 7ª. Ed. São Paulo: Editora Loyola, 2002.

NEVES, E. R. C. & BOROCHOVITCH, E. **Escala de avaliação da motivação para aprender de alunos do ensino fundamental.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

RODRIGUES, M. **Psicologia educacional: uma crônica do desenvolvimento humano.** São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

ROZEK, M.; DOMINGUES, C. L. K. **As dificuldades de aprendizagem e o processo de escolarização.** Porto Alegre: ediPUCRS, 2017.

SANTROCK, J. W. **Psicologia escolar.** 3ª. Ed. São Paulo: AMGH, 2010. Disponível em:

https://books.google.com.br/books?id=HIUr9laJsa8C&pg=PA454&dq=motiva%C3%A7%C3%A3o+intr%C3%ADnseca+e+extr%C3%ADnseca&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwi7tJO_vVAhVJqZAKHeEbDC4Q6AEIJjAA#v=onepage&q&f=false Acesso em: 23 ago. 2017.

VASCONCELOS, M. L. M. C.; BRITO, R. H. P. **Conceitos de educação em Paulo Freire.** Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2006.

WITTER, G.P., LOMONACO, J.F.B. **Psicologia da Aprendizagem.** São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 1984.

ESTUDO BIBLIOGRÁFICO SOBRE PACIENTE PORTADOR DE DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA E O TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS.

Jean Carlo Adams¹
Guidie Elleine Nedochoetko Rucinski²

RESUMO: Este estudo objetiva levantar dados bibliográficos sobre a terapia cognitivo comportamental e o treinamento de habilidades sociais em paciente portador do diagnóstico de esquizofrenia, levantando dados para possíveis tratamentos que possam vir a ser utilizados. Esta revisão bibliográfica também vislumbra um novo olhar para o tratamento e intervenções em pacientes esquizofrênicos na clínica psicológica seguindo a abordagem da terapia cognitiva comportamental.

PALAVRAS-CHAVE: Esquizofrenia; terapia cognitiva comportamental; treinamento de habilidades sociais; saúde mental.

ABSTRACT: This study aims to collect bibliographic data on cognitive behavioral therapy and social skills training in a patient diagnosed with schizophrenia, raising data for possible treatments that may be used. This literature review also envisions a new look at the treatment and interventions in schizophrenic patients in the psychological clinic following the approach of cognitive behavioral therapy.

KEYWORDS: Schizophrenia; cognitive behavioral therapy; social skills training; mental health.

1 INTRODUÇÃO

Por muito tempo as instituições de internamento eram mantidas como depósitos humanos, onde se internava o doente e lá ele permanecia por um grande período, muitas vezes para o resto da vida. A sociedade tem a preferência de excluir o que está fora dos seus padrões do que enfrentar.

Após o internamento o paciente é remanejado para um novo mundo, o convívio em sociedade torna-se de grande dificuldade. Assim, a família é de suma importância sendo uma referência para a reabilitação deste paciente, visando o estilo de vida e visão de mundo. Carneiro (1992) afirma que a interação familiar é uma promotora de saúde mental.

A psicoterapia e esquizofrenia, geralmente têm-se as duas definições como complexas e/ou antagônicas implicando em estranheza e dificuldade de

¹ Acadêmico do último período do Curso de Psicologia das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu - Uniguaçu.

² Psicóloga, atualmente atua como Responsável-Técnica do Serviço-Escola de Psicologia, supervisora de Estágio Clínico, docente do Curso de Psicologia das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – Uniguaçu.

entendimento se estas são trazidas juntas, como a psicoterapia cooperando com a esquizofrenia. De certo modo, isso vem do pensamento dominante cada vez mais sobressaliente do biológico da esquizofrenia.

No entanto há comprovações de que a terapia cognitiva comportamental seja uma das mais eficazes no tratamento com a finalidade de reinserção de doentes portadores do diagnóstico de esquizofrenia.

Por meio da Terapia Cognitivo Comportamental o paciente pode identificar as distorções cognitivas, corrigi-las e, conseqüentemente, apresentar melhora clínica; ou seja, com Terapia Cognitivo Comportamental o paciente reavalia e corrige seus pensamentos. É ajudado a pensar e agir de modo mais realista e adaptado sobre seus problemas psicológicos reduz seus sintomas. (CORDIOLI, 2008, p.294).

A informação é a principal ferramenta para o conhecimento. Um esquizofrênico não pode ter suas aptidões julgadas exclusivamente sob a ótica de sua doença, como se ele não pudesse viver em sociedade. O estudo pretende identificar a partir de pesquisa bibliográfica indícios do processo de reinserção social de um indivíduo portador do diagnóstico clínico de esquizofrenia com auxílio da psicoterapia cognitivo comportamental e suas técnicas específicas. Assim, objetivando desmascarar esse estigma que o indivíduo com o diagnóstico específico pode carregar, de ser agressivo, pois isso afeta completamente sua vida, visto que muitas vezes este indivíduo se esforça ao máximo para dar o seu melhor.

A presente pesquisa sobre terapia cognitivo comportamental usa o auxílio do treinamento de habilidades sociais em indivíduos com diagnóstico clínico de esquizofrenia, bem como a modificação de comportamentos disfuncionais, fazendo com que este volte suas atividades cotidianas, como a locomoção, higiene pessoal, alimentação, buscando uma melhor qualidade de vida. É nítido que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia têm sintomas psicóticos e dificuldades nos comportamentos sociais.

O comportamento social é um conjunto de ações, atitudes e pensamentos que o indivíduo apresenta em relação à comunidade, aos indivíduos com que interage e a ele próprio. A qualidade de interação é resultante da conjugação de dados inatos com os processos de socialização. As dificuldades de relacionamento pessoais

aparecem, muitas vezes, ligadas a outros problemas pessoais como, por exemplo, as condições da doença mental. (ROEDER, 2003, p 114).

Os sujeitos com esse diagnóstico apresentam uma necessidade de cuidados de atenção à saúde, precisando de acomodação, medicação, psicoterapia, reabilitação e suporte social, suportes esses garantidos por lei. O cuidado deve ser contínuo, garantindo assim a adequação do ajustamento social ao longo da evolução da doença. A história de cada um indica os processos pessoais de elaboração das experiências vividas.

Ressalta-se a importância desse estudo como ferramenta futura para o auxílio de psicoterapeutas no tratamento de pacientes portadores de esquizofrenia.

2 METODOLOGIA

Para esse estudo será utilizado o método de pesquisa dedutivo, pesquisa básica, qualitativa, exploratória de cunho bibliográfico.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A dificuldade em habilidades sociais é um dos sintomas mais presentes na esquizofrenia, os pacientes apresentam fraco contato com os olhos, tempo de latência aumentado em dar respostas, expressões faciais bizarras, baixo nível de espontaneidade, com dificuldades de percepção das emoções. As habilidades sociais e comportamentais são desenvolvidas com o paciente se inserindo em atividades do dia a dia e ocasionalmente tendo envolvimento com mais pessoas (Kaplan, 1997).

O treinamento de habilidades sociais (THS) é um conjunto de técnicas baseadas na teoria da aprendizagem social, que constitui um pacote de intervenção para ensinar de modo sistemático de novas habilidades interpessoais aos indivíduos. Foi constatado continuamente que os pacientes com esquizofrenia têm pouca competência interpessoal. O THS é uma estratégia eficaz para retificar esses problemas. (CABALLO, 2015, p 594)

Caballo (2015) traz algumas dicas para realização do Treinamento de Habilidades sociais como, a educação psicológica, ensinar o paciente a lidar com o estresse, mostrar para o paciente a importância de aprender a habilidade com o objeto, estimular discussões sobre suas expressões, desenvolver habilidade de conversação, buscar praticar atividades recreativas, comunicação com a família e a solução de conflitos.

O tratamento da esquizofrenia deve ser voltado para o treinamento de suas habilidades sociais e as deficiências que o paciente apresente. A terapia cognitivo comportamental utiliza de reforços para aprimorar essas habilidades que o paciente possa ter vindo a perder, aumentando assim sua resposta (KAPLAN, 2003). Ao se fazer os reforços o paciente consecutivamente vai repetir o comportamento, então visando que este é o objetivo aqui em questão, o terapeuta pode utilizar de elogios para estimular o paciente a repetir o comportamento assertivo.

O autor Caballo (2016) expõem que inicialmente terapeuta e paciente juntos, devem identificar quais áreas o consulente tem mais dificuldades. O terapeuta deve investigar varias situações para compreende-las. Essa tarefa é muito importante pois o que será trabalhado parte do comportamento-problema. Nunca devemos esquecer de explicar para o paciente a importância do treinamento de habilidades sociais.

Enquanto vai se fazendo a identificação junto com o paciente dos comportamentos-problemas, deve-se ir motivando o mesmo para o treinamento que está por vim. Assim que essa tarefa tenha sido realizada busca-se a assertividade junto com o paciente, mostrando para o mesmo que o comportamento assertivo é mais adequado e mais reforçante.

Posteriormente começa-se então a terceira etapa do treinamento, que consiste em reestruturação cognitiva, segundo Caballo (2016) a reestruturação consiste em auxiliar o consulente a perceber que o que ele pensa de si, altera seu comportamento, ajudando ele também a identificar seus pensamentos automáticos e corrigi-los.

A quarta etapa é a mais considerável, ela consiste em treinar o paciente com ensaio comportamental, tem como objetivo extinguir comportamentos errôneos, ensinando e reforçando comportamentos assertivos e mais adequados.

Caballo (2016) nos ajuda a compreender um pouco mais sobre o ensaio comportamental, como por exemplo o olhar, ensinando para o paciente a importância de manter um contato visual durante uma conversação ou até mesmo como ouvinte, produzindo mais respostas por parte do interlocutor.

A expressão facial é outro fator bem importante segundo o autor, pois segundo o mesmo, é pela face que demonstramos nossas emoções. A pessoa que tem função comportamental social habilidosa vai ter uma expressão facial compatível com a mensagem que recebe, como por exemplo uma pessoa ficar feliz ao receber uma boa notícia.

Temos também os gestos, eles são caracterizados por qualquer movimento que envie um estímulo visual para um observador, este gesto deve comunicar alguma informação. Os gestos são de características bem culturais por isso a importância de conhecer a cultura em que vai ser aplicar o THS. Segundo Caballo (2016) quando um pessoa esta falando juntamente expressa gestos que sejam condizentes com as palavras, isso atenuara a mensagem e consecutivamente a atenção do receptor. Outro fator bem notável quando se esta comunicando com alguém de acordo com Caballo (2016) é a postura que a pessoa posiciona seu corpo e seus membros, a forma de sentar-se, sua desenvoltura ao caminhar. Como por exemplo uma pessoa que mantenha uma inclinação do corpo para frente, braços estendidos e punhos cerrados, indicam raiva.

No Treinamento de Habilidades Sociais ensaiar com o paciente a orientação, que conforme Caballo (2016) trata-se da intimidade/formalidade da relação, é importante que a pessoa habilidosa faça o contato cara a cara, fazendo aumentar a intimidade na situação. Neste mesmo contexto temos o contato físico, sendo esse outro fator a ser ensaiado, lembrando sempre das questões culturais. Cada cultura tem um campo de distância adequada para conversação, por exemplo, duas pessoas que conversam e mantem contato físico que chegam a se tocar, demonstra nesta relação que possuem intimidade maior do que duas pessoas que conversam a um metro de distância. Por isso é de suma importância saber identificar o nível desse contato físico e o nível da relação, para que espaços não sejam quebrados.

O ser humano tem por função básica comunicar e um dos fatores que usamos para isso é a voz. Caballo (2016) salienta a importância de saber dosar o volume da voz durante a comunicação. Pois o volume da voz está muito ligado com a mensagem que queremos passar. Um volume muito alto pode demonstrar agressividade, raiva ou até mesmo grosseria. Com coadjuvante temos a entonação, esta serve segundo o autor, para expressar sentimentos e emoções. Uma mesma palavra com graus de entonação diferentes pode expressar coisas totalmente opostas, por isso a necessidade de saber dosar, sendo a entonação muitas vezes mais importante que a mensagem verbal que se quer transmitir. Dentro da fala ainda temos a fluência que diz respeito ao fluxo da conversa. O tempo de fala também é um fato importante pois cada indivíduo deve ter um intercâmbio mútuo nas informações e no tempo da fala. Caballo (2016) também lembra do conteúdo que essa fala tem, podendo variar conforme a situação, humor e os assuntos tratados pelos interlocutores.

Posteriormente a realização do ensaio comportamental partimos então para a modelação. Essa técnica consiste em expor o paciente a um modelo comportamental-objetivo correto, facilitando assim que o paciente observe e aprenda, e consecutivamente consiga reproduzir o comportamento com maior facilidade. De acordo com Caballo (2003) a modelação pode ser apresentada para o paciente de diversas formas, o terapeuta pode interpretar cenas ao vivo ou até mesmo apresentar vídeos.

O autor também enfatiza que se consiga modelos com idade próximas do paciente e do mesmo sexo, estes surtirão mais efeitos. O tempo em que o paciente fique exposto a modelação é muito importante e as exposições mais longas tem resultados mais satisfatórios.

A modelagem é muito importante no processo de Treinamento de Habilidades Sociais tem por objetivo desenvolver uma classe de respostas específicas, para atingir esse objetivo deve-se reforçar o comportamento desejado, usando aproximações sucessivas. Durante a modelagem, o reforço que o terapeuta aplica não apenas reforça uma resposta em particular, como aumenta a aproximação de outros comportamentos que podem ser deslumbrados (BUENO, 2013).

As tarefas de casa fazem parte do Treinamento de Habilidades Sociais, sendo assim o terapeuta passa para o consulente as tarefas que o mesmo tem a desenvolver, sempre elogiando e reforçando o comportamento quando essas atividades são realizadas, essas tarefas de casa devem focar nos comportamentos-problemas apresentados pelo paciente. Para Caballo, (2015) as eficácias no tratamento das tarefas de casa aumentam normalmente com a prática, inicialmente o paciente esquizofrênico pode apresentar algumas dificuldades ao concluir o que a ele foi passado, mas com o tempo o mesmo vai desenvolvendo técnicas para concluir a tarefa.

Tarefas de casa é complementar, e não optativa na terapia cognitivo-comportamental. Quando as atividades são bem elaboradas, essas proporcionam melhor compreensão do paciente. A atividade de casa tem como objetivo maximizar o que foi aprendido na sessão, fazendo com que o paciente leve esse aprendizado para o seu dia a dia e potencializando o mesmo. Beck (2013) ressalta que os exercícios de casa devem ser adaptados a cada paciente, visando sua competência, sua capacidade de compreensão, de escrita e de leitura, sua motivação e principalmente os objetivos a serem alcançados. Se possível o terapeuta deve incentivar ou até mesmo dar início ao exercício dentro da própria sessão, assim será bem maior a probabilidade do paciente realizar com êxito a atividade de casa. O terapeuta também pode solicitar ao paciente que o mesmo anote em um papel durante a sessão o que será sua tarefa de casa, para que o consulente possa colocar este para papel em um local de fácil visualização e lembre-se do que foi solicitado.

O terapeuta deve antes de qualquer sessão revisar as sessões passadas, ver suas anotações e principalmente as anotações dos exercícios que passou para o paciente, pois de nada adianta o terapeuta passar uma tarefa de casa e a mesma não ser cobrada na sessão seguinte, pois se o terapeuta não lembrar que havia passado para o paciente uma tarefa de casa, isso pode ocasionar uma extinção do comportamento no paciente de realizar a tarefa. (BECK, 2013).

O elemento final das sessões deve sempre conter o *feedback*. Quase no fim da sessão, isso faz aumentar também a relação entre o paciente e o consulente, faz com que o paciente sinta que o terapeuta se importa com o seu processo terapêutico.

Com isso temos a chance também de esclarecer algo caso o paciente não tenha entendido, o possamos esclarecer. Para Caballo (2016) o *feedback* é essencial no Treinamento de Habilidades Sociais. O autor salienta que esse processo proporciona informações do tratamento, essencial para o desenvolvimento das próximas sessões. Cordioli (2008) concretiza a importância do Treinamento de Habilidades Sociais ao informar que a técnica mostra melhoras bem significativas nos comportamentos específicos, produzindo também a melhora de sua autopercepção, diminui os sintomas e produz uma adaptação social mais significativa.

CONCLUSÃO

A esquizofrenia é uma patologia que compromete socialmente o indivíduo e suas atividades laborais, o Treinamento de Habilidades Sociais oportuniza o treino de comportamentos adequados e reformulação dos comportamentos desadaptativos, apresentando melhora nos sintomas negativos presentes na doença.

Vale reafirmar que indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia tem a capacidade de conviver em sociedade se estes forem bem assistidos por uma equipe multidisciplinar, auxiliando o mesmo em várias esferas. Dando a esse indivíduo a possibilidade de interagir com o meio em que vive, desenvolvendo laços afetivos com pessoas próximas, sendo membro ativo da comunidade e transformador da mesma.

Portadores de esquizofrenia ao realizarem tratamento com a psicoterapia cognitivo comportamental com a técnica de Treinamento de Habilidades Sociais, conseguem desenvolver suas atividades dentro de suas limitações, tendo em vista a importância da família nesse processo e na aceitação da doença. São vários os fatores que contribuem para a remissão dos sintomas negativos do paciente, sendo assim o sujeito não deve ser mantido em reclusão, o mesmo deve ter a oportunidade de desenvolver as atividades e comportamentos adaptados.

REFERÊNCIAS

BECK, A. T. & ALFORD, B. A . **Terapia Cognitivo Comportamental, Teoria e Prática**. Porto Alegre: Artes Médicas. 2013.

BUENO, Gina Nolêto, **A esquizofrenia de acordo com uma abordagem comportamental**. Curitiba: Juruá, 2013.

CABALLO E. V. et al. **Manual de Avaliação e Treinamento de Habilidades sociais**. São Paulo: Santos, 2003.

CABALLO E. V. et al . **Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento**. São Paulo: Santos, 2016.

CABALLO, E. V. et al. **Manual Para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Mentais**. São Paulo: Santos, 2015.

CARNEIRO, T. F. **Família e Saúde Mental. Psicologia: Teoria e Pesquisa**. V. 8, 1992.

CORDIOLI, Aristides Volpato. **Psicoterapias, abordagens atuais**. Porto Alegre, Artmed,2008.

ROEDER, Maika Arno. **Atividade Física, Saúde Mental e Qualidade de Vida: Atividade Sensoriomotora na Prevenção, Tratamento e Reabilitação das Pessoas com Transtornos Mentais e do Comportamento**. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

KAPLAN, Horold I. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

ESTUDO DE CASO DE PACIENTE DIAGNOSTICADA COM TROMBOSE VENOSA PROFUNDA, PORTADORA DE ÚLCERA VENOSA: ACOMPANHAMENTO, TRATAMENTO E RESULTADOS

Daniele Tencyzna¹
Loreni Maria Rosenscheg²
Marly Terezinha Della Latta³
Rosmarí Deggerone⁴
Karina Sobota⁵
Elias da Costa⁶
Marcos Joaquim Vieira⁷

RESUMO: O presente trabalho foi realizado baseado em um estudo de caso e teve por objetivo verificar a importância do enfermeiro no tratamento de úlcera venosa em paciente diagnosticada com trombose venosa profunda. Trombose Venosa Profunda (TVP) é considerada uma doença grave que pode evoluir para o óbito do paciente. Tem como característica a formação de um trombo em veias profundas, principalmente de membros inferiores (MMII). São cerca de 180.000 novos casos a cada ano. Dentre as principais complicações da TVP está a Úlcera venosa, que é úlcera de membros inferiores pela destruição de estruturas cutâneas, como por exemplo epiderme e derme, atingindo o terço inferior das pernas, sendo que cerca de 70% a 90% das úlceras são venosas, e a insuficiência venosa crônica é sua principal causa. a TVP pode ser assintomática, no entanto, edema, dor, calor, rubor e rigidez da musculatura do local onde se formou o trombo, podem ser caracterizados como sintomas. Ainda, os fatores de risco relacionados à TVP são: pré-disposição genética, idade acima de 40 anos, obesidade, gestação e pós-parto, câncer, uso de anticoncepcionais e hormonioterapia, dificuldade de deambulação, traumas, veias varicosas, tabagismo, cirurgias de longa duração, insuficiência cardíaca e respiratória e desidratação. A profilaxia deve ser realizada quando evidenciado que o paciente está em risco ao desenvolvimento da TVP. Algumas medidas tomadas para a prevenção são: estimular caminhadas, tratamento com fisioterapeutas e utilização de meias elásticas, no entanto em casos mais graves, com maior risco, as medicações utilizadas no tratamento podem também preveni-la. A enfermagem tem um papel importante na assistência a pacientes com TVP, sendo que o diagnóstico de enfermagem aprovado pelo North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) responde alguns questionamentos do paciente, família e equipe envolvida. Além disso, o enfermeiro tem papel fundamental na evolução clínica do paciente, tendo melhora significativa. A qualidade na assistência é importante para alcançar um bom prognóstico. O estudo foi realizado com uma paciente de 44 anos diagnosticada com TVP a 7 anos, a metodologia empregada foi por meio de entrevista e pela realização e observação dos curativos que foram realizados no mês de julho. No decorrer do trabalho verificou-se

¹ Graduada em Enfermagem.

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 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 Passo Fundo-RS.

⁵ Graduada em Biomedicina. Mestre em Farmacologia. Docente nas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

⁶ Doutor em Química. Docente das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

⁷ Graduado em Farmácia. Mestre em Desenvolvimento Regional. Docente das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

que o enfermeiro desempenha um papel importante nesses casos, sanando dúvidas e auxiliando no tratamento e melhora da qualidade de vida do paciente. Apesar das intercorrências observadas durante o tratamento, notou-se melhora no quadro da paciente, a úlcera já estava consideravelmente melhor em comparação ao início do tratamento, a dor no membro também diminuiu. O trabalho realizado foi importante, considerando o aumento de casos de TVP nesses últimos anos, além disso apresentando a importância que o enfermeiro exerce frente a esses casos, o paciente sente-se mais à vontade para tirar dúvidas e apresentar suas queixas ao profissional enfermeiro.

Palavras-chave: Úlcera Venosa, Trombose Venosa Profunda, Enfermagem

1 INTRODUÇÃO

Trombose Venosa Profunda (TVP) é considerada uma doença grave que pode evoluir para o óbito do paciente. Tem como característica a formação de um trombo em veias profundas, principalmente de membros inferiores (MMII) (BRANDÃO; SOBREIRA; ROLLO, 2013).

A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgias Vasculares (SBACV) comenta que o coágulo formado dentro da veia ocorre devido a alguns fatores, por exemplo, dificuldade do sangue circular, denominada de estase, lesão endotelial da parede interna da veia e o aumento da viscosidade sanguínea.

Bastos et al. (2010), cita a embolia pulmonar como sendo a consequência mais grave relacionada a TVP, tendo alta probabilidade de complicações graves na fase aguda, já na fase crônica, pode ser responsável pela síndrome pós- trombótica, que tem por definição o desenvolvimento da insuficiência venosa crônica grave.

Rudolf no ano de 1856 foi o primeiro a definir o processo patológico da formação do trombo, segundo ele, é um processo conhecido como trombogênese, que se caracteriza pela perda da homeostasia normal por um desequilíbrio entre os fatores pró-coagulantes e os anticoagulantes naturais. Esses fatores podem atuar de formas independentes ou interdependentes, exercendo diversos graus de influência sobre o processo de trombogênese. Sendo assim o fator principal nos casos de trauma venoso é a lesão do endotélio, levando em consideração que a hipercoagulabilidade e a estase venosa são os fatores trombogênicos importantes nas trombozes espontâneas (RUDOLF, 1856 apud BRANDÃO; SOBREIRA; ROLLO, 2013).

É grande o número de casos de TVP segundo Okurara et al (2014), em 2010 nos Estados Unidos, foram estimados cerca de 900.000 mil casos, sendo que um terço destes evoluíram ao óbito. No Brasil, são cerca de 60 casos para cada 100.000 mil habitantes e 180.000 novos casos a cada ano, segundo a Sociedade Brasileira de Angiologia e de cirurgias vasculares.

Varela (2011) explica que a TVP pode ser assintomática, no entanto, edema, dor, calor, rubor e rigidez da musculatura do local onde se formou o trombo, podem ser caracterizados como sintomas. Ainda segundo ele, os fatores de risco relacionados à TVP são: pré-disposição genética, idade acima de 40 anos, obesidade, gestação e pós-parto, câncer, uso de anticoncepcionais e hormonioterapia, dificuldade de deambulação, traumas, veias varicosas, tabagismo, cirurgias de longa duração, insuficiência cardíaca e respiratória e desidratação.

A profilaxia segundo a SBACV deve ser realizada quando evidenciado que o paciente está em risco ao desenvolvimento da TVP. Algumas medidas tomadas para a prevenção são: estimular caminhadas, tratamento com fisioterapeutas e utilização de meias elásticas, no entanto em casos mais graves, com maior risco, as medicações utilizadas no tratamento podem também preveni-la.

A enfermagem tem um papel importante na assistência a pacientes com TVP, sendo que o diagnóstico de enfermagem aprovado pelo North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) responde alguns questionamentos do paciente, família e equipe envolvida. Além disso, o enfermeiro tem papel fundamental na evolução clínica do paciente, tendo melhora significativa. A qualidade na assistência é importante para alcançar um bom prognóstico (BASTOS, 2010).

Sendo assim no presente trabalho será avaliada a evolução da paciente diante dos planos de cuidados que serão elaborados e realizados, verificando a importância do enfermeiro no tratamento de paciente diagnosticada com TVP portadora de úlcera venosa. Perante a contextualização apresentada é que se remete ao questionamento: As orientações e o cuidado do profissional enfermeiro são importantes no tratamento de úlcera venosa em paciente diagnosticada com trombose venosa profunda?

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A trombose venosa profunda (TVP) é pouco conhecida pela população, no entanto causa milhares de mortes por ano, a TVP caracteriza-se pelo processo da formação de trombos dentro das veias profundas, provocando uma reação inflamatória, e até mesmo a obstrução venosa total ou parcial, interrompendo o fluxo sanguíneo. Desenvolvem-se principalmente nos membros inferiores, na área de drenagem entre os músculos profundos. É considerada uma doença silenciosa, o que dificulta o diagnóstico, podendo então acarretar em sérias complicações, sendo elas, aguda e crônica. Na aguda pode ocorrer a embolia pulmonar, que é séria e pode ser mortal. Por sua vez a complicação crônica surge normalmente de dois a cinco anos depois da TVP, definida por síndrome pós - trombótica, ou seja, insuficiência venosa crônica, afetando diretamente a qualidade de vida do paciente. Na grande maioria destes casos as veias nunca mais se desobstruem ou ocorrem alterações em suas paredes ou válvulas. Úlceras nas pernas, edema e dor vespertina são características desta síndrome por conta das alterações causadas pela TVP no sistema venoso (BARROS; GENESTRA (2008).

A insuficiência venosa crônica (IVC) pode atingir o sistema venoso superficial, profundo ou ambos, tem por definição a anormalidade do funcionamento do sistema nervoso, resultado de incompetência valvular, que pode estar ou não associada à obstrução do fluxo venoso. A úlcera venosa é uma das principais complicações desta patologia, afetando efetivamente a qualidade de vida do paciente, pois afeta sua produtividade no trabalho e atividades simples de lazer, por exemplo (FRANÇA; TAVARES, 2003).

Carmo et al. (2007) define a úlcera de membros inferiores pela destruição de estruturas cutâneas, como por exemplo epiderme e derme, atingindo o terço inferior das pernas. Ele ainda comenta que cerca de 70% a 90% das úlceras são venosas e a insuficiência venosa crônica é sua principal causa.

Giannini; Rollo; Manfei (2005) dividem a TVP de membros inferiores conforme sua localização sendo elas, proximal e distal. Quando a TVP acomete a veia ilíaca, femoral e poplítea, denomina-se proximal, não sendo necessário que acometa as

veias da perna. Por sua vez denomina-se distal quando acomete somente veias da perna. Sendo assim essa divisão possibilita verificar o risco para a embolia pulmonar, onde aumenta em casos de TVP proximal, já a distal possui menos complicações, porém ainda deve-se observar a possibilidade da evolução desta para a proximal, por isso a importância de seu diagnóstico.

Cruz (2014) comenta que a TVP atinge cerca de 800 mil pessoas por ano nos EUA, sendo que, o número de óbitos gira em torno de 50 mil a 200 mil pacientes. Diz ainda que no Brasil as doenças do sistema circulatório, incluindo a TVP está em terceiro lugar em números de casos. E estima-se que a incidência da TVP seja de um caso a cada mil habitantes.

Em estudos realizados em dois hospitais, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu e Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, neste estudo verificou-se por meio de dados de necropsias 3,7% de casos de embolia pulmonar que ocasionaram o óbito em cadáveres do primeiro hospital citado acima e 2,9% dos casos do segundo hospital (MAFFEI, 1995 apud ORRA, 2002).

O desenvolvimento da TVP é influenciado por alguns fatores, Maffei et al (2005), no Grupo de Elaboração de Normas de Orientação Clínica em Trombose Venosa Profunda da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV), citam os seguintes fatores: idade, imobilização, cirurgias, história anterior de TVP, câncer, trombofilia, varizes, obesidade, infecção, trauma, gravidez e puerpério, tempo de cirurgia, anestesia com duração maior que 30 minutos, anestesia geral, uso de estrógenos, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, paralisia, doença respiratória grave, doença inflamatória intestinal, infarto do miocárdio, insuficiência arterial, quimioterapia, síndrome nefrótica, cateteres centrais e Swan-Ganz. Este último é um método rápido para obter diagnósticos sem a utilização do raio x, por meio da avaliação das pressões nas cavidades direitas e artéria pulmonar, capilar pulmonar e débito cardíaco, por termo- diluição

Baptista et al. (2012) realizou um estudo nos Hospitais da Universidade de Coimbra entre os anos de 2006 a 2010, onde analisou quais os fatores de risco para a TVP. Verificou-se assim que as mulheres apresentam maior risco, sendo que o uso

de contraceptivos orais prevaleceu entre os fatores de risco, seguido pelo consumo de tabaco.

Isso se deve ao fato de que os contraceptivos hormonais são o método mais utilizado pela população feminina brasileira para planejamento familiar. São compostos por uma associação de estrogênio e progestagênio, ou até mesmo em composições de progestagênio isolado. O tipo de estrogênio e progestagênio utilizado, assim como sua dosagem, é que interferem na trombose (BRITO; NOBRE; VIEIRA, 2010).

Em alguns estudos realizados verificou-se que dosagens acima de 50mg de estrogênios nos contraceptivos levam ao aumento de risco para a TVP. No entanto, foram fabricadas as pílulas com baixa dosagem de estrogênios, igual ou menor a 30mg, e chegou-se ao consenso de que estas não estão relacionadas ao aumento de chances a TVP (JICK et al, 2000 apud SITE TERRA, 2003).

Porto et al. (2015) classifica os fatores de risco para a TVP como hereditários e adquiridos. Os hereditários possuem resistência a proteína C ativada, mutação do gene da protrombina, deficiência de antitrombina, deficiência de proteína C, deficiência de proteína S, hiperhomocisteinemia, aumento do fator VIII e aumento do fibrinogênio. Já entre os adquiridos estão síndrome do anticorpo antifosfolipideo, hiperviscosidade, doenças mieloproliferativas, entre outras já citadas anteriormente.

As alterações hematológicas a seguir citadas por Hamerschlak; Rosenfeld (1997) são predisponentes a TVP : deficiência de antitrombina III ,proteína C, proteína S, plasminogênio, co-fator II da heparina, ativador tissular do plasminogênio, deficiência de cistionina B sintetase, desfibrinogenemia, defeito molecular do fator V que o torna resistente à proteína C ativada, a policitemia, presença de anticoagulante lúpico ou anticorpos antifosfolipídeo, trombocitoses benignas e malignas, aumento do inibidor tipo 1 do t-PA. A deficiência do fator XII, elevação do fator VII, fibrinogênio e deficiência de lipoproteína A.

A evolução da TVP também deve ser ressaltada levando em consideração que ocorre uma resposta inflamatória aguda na parede da veia logo após a ocorrência da TVP, onde ocorre a diminuição do trombo através da recanalização, onde o trombo é

aderido na parede da veia levando a resposta inflamatória (BRANDÃO; SOBREIRA; ROLLO, 2013).

Segundo Garcia et al. (2005), as complicações mais graves da TVP são a embolia pulmonar e a síndrome pós trombótica. Cerca de 10% dos embolismos pulmonares sintomáticos causam a morte do paciente em uma hora após seu início, e ainda cerca de 30% dos pacientes diagnosticados com embolia pulmonar não fatal, se deixadas sem tratamento, evoluem para a fatal.

2.1 SINAIS E SINTOMAS

Mesmo sendo silenciosa alguns sinais e sintomas podem estar relacionados a TVP, presença de dor na área venosa afetada, calor, rubor, eritema ou edema do membro afetado. O exame físico permite identificar cordões venosos palpáveis, representando a veia trombosada ou dilatação venosa superficial (BASTOS et al., 2010).

2.2 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da TVP baseado apenas no exame físico é impreciso. O exame mais utilizado para o diagnóstico da TVP é o Eco Color Doppler, este é considerado um exame indolor, não invasivo, permite a avaliação da estrutura do vaso, assim como a avaliação do fluxo. (BASTOS et al, 2010).

Porto (2015) comenta que o exame Eco Doppler Colorido possui menos assertividade em veias distais, em veias de membros superiores e pacientes assintomáticos. Este exame tem por finalidade avaliar a anatomia, a fisiologia e as características do fluxo venoso, combinando imagem em tempo real e a análise espectral.

Ainda podemos citar a flebografia como exame diagnóstico, sendo considerada uma das melhores formas, porém é um exame invasivo e é contraindicado em casos de alergia a contraste, alterações renais ou em gestantes. (GIANNINI; ROLLO; MANFEI, 2005).

A dosagem de dímero D também é utilizada no diagnóstico de TVP, não sendo considerado um marcador específico, uma vez que apresenta-se quando ocorre a formação e degradação da fibrina. A dosagem de dímero D associado com o escore de wells et al, reduz grande parte da incidência de TVP pós teste (BARROS; PEREIRA; PINTO, 2012).

A tabela de Wells é um modelo de diagnóstico que classifica o paciente quanto à probabilidade de apresentar TVP. Ele deve ser utilizado em conjunto com outros meios de diagnóstico, como por exemplo, o eco Doppler (PORTO et al., 2015).

Fortes et al. (2007) em seu estudo, utilizou a tabela com pontuações de wells (Quadro1) para diagnosticar a TVP, onde o paciente recebe 1 ponto para cada um dos fatores descritos, sendo assim, estes são classificados conforme a pontuação. Pacientes de baixa probabilidade são aqueles que possuem pontuação menor ou igual a 0. Pacientes com moderada probabilidade a pontuação é de 1 a 2. E pacientes com alta probabilidade são com pontuações 3 ou acima.

Segue abaixo a tabela proposta por Wells, citada acima:

Quadro 01- Modelo clínico proposto por Wells.

Características clínicas.	Escore
Câncer em atividade.	1
Paresia, paralisia, ou imobilização com gesso dos membros inferiores.	1
Imobilização (> 3 dias) ou cirurgia maior (até 4 semanas).	1
Aumento da sensibilidade ao longo das veias do sistema venoso profundo.	1
Edema em todo o membro.	1
Edema da panturrilha (> 3 cm) em relação à perna normal.	1
Edema depressível (cacifo) maior na perna afetada (unilateral).	1
Veias colaterais superficiais.	1
Diagnóstico diferencial mais provável (celulite, tromboflebite superficial, alterações osteoarticulares, câimbras, ruptura muscular ou tendínea, alterações linfáticas, cisto de Bak.	-2

Fonte: Wells et al, 1997.

2.3 TRATAMENTO

Quando o objetivo é prevenir a TVP, em casos de pacientes com riscos trombóticos, como pós-operatório, abdominais ou ortopédicas, portadores de neoplasias ou sepse, pacientes em repouso prolongado, a heparina de baixa dose é a indicada, por sua vez as de altas doses são indicadas para fins terapêuticos, na prevenção de outro episódio tromboembólico, seja em TVP, EP ou outros procedimentos que ocorram riscos (BARBOSA; MAFEI; MARIN, 2004).

A profilaxia da TVP não é utilizada por grande parte dos profissionais da área da saúde, apesar de possuírem informações sobre os benefícios do mesmo e dos protocolos pré-estabelecidos. Sendo que a utilização dessa profilaxia diminua cerca de dois terços dos casos de TVP. A prevenção dos trombos pode ser realizada em duas abordagens, a secundária, onde ocorre a detecção precoce do trombo e o tratamento ambulatorial. A profilaxia primária é mais indicada, são utilizados métodos físicos e farmacológicos, com o objetivo de impedir e minimizar as chances do paciente desenvolver trombose e embolia pulmonar (MACHADO; LEITE; PITTA, 2008).

Exercícios físicos são recomendados após avaliação médica, devido ao risco do trombo se deslocar, provocando um tromboembolismo pulmonar, após o tratamento, caminhadas são ótimas opções para uma boa circulação sanguínea (VICENTE, 2012).

Segundo Baruzzi et al (2014) o tratamento deve ser realizado em todos os pacientes com risco a TVP, seja ele através de medidas farmacológicas, não farmacológicas ou associação das duas, pode ser realizado de forma ambulatorial, dependendo de algumas condições, como por exemplo estar com um os sinais vitais bons e um quadro clínico estável, ter ausência do risco de sangramento, possuir a capacidade de administrar a medicação.

A utilização medicamentosa de anticoagulantes, tem como objetivo principal diminuir a coagulação do sangue em pacientes com doenças tromboembólicas como a TVP. O tratamento geralmente é realizado através da heparina sendo endovenosa ou subcutânea. A localização, a extensão da patologia, são os principais fatores para definir a duração do tratamento. É considerado um tratamento de risco levando em consideração as complicações hemorrágicas, sendo que neste período deve-se

realizar a sobreposição com antagonistas da vitamina K orais utilizados a longo prazo (BARBOSA; MAFEI; MARIN, 2004).

Hamerschlak; Rosenfeld (1996) relatam que a utilização da heparina pode ser em altas ou baixas doses, essa dosagem define-se conforme a necessidade de cada paciente, por meio de unidades por quilo.

O tratamento não farmacológico envolve a utilização de compressas elásticas onde associadas com a deambulação e a movimentação dos membros inferiores aumenta em 36% a velocidade de fluxo da veia femoral. Compressão pneumática intermitente, é a compressão do membro inferior através da insuflação sequencial de cuffs, sendo 35mmHg no tornozelo, 30mmHg no joelho e 20mmHg na coxa, através disso ocorre o aumento de 240% da velocidade de fluxo na veia femoral situações especiais. Por último o Filtro de veia cava inferior utilizado nos casos de contraindicação do tratamento farmacológica e com alto risco de Tromboembolismo Pulmonar, o filtro temporário tem duração de 14 dias onde a sua retirada após comprovação de ausência de trombo (BARUZZI et al., 1996).

Penha et al. (2009, p.79) fala sobre a compressão venosa no tratamento da TVP:

A terapia de compressão é o tratamento sintomático da TVP, com aplicação de uma pressão exercida e transmitida aos tecidos, com a finalidade de aumentar a pressão intravenosa, orientar o fluxo venoso de retorno e potencializar a fração de ejeção da panturrilha, de modo que ocorra a resolução do edema.

As ataduras são tiras de tecido elástico ou inelástico. Quanto menor o grau de elasticidade de uma atadura, mais profundamente ela atuará. A bota de Unna é uma compressão inelástica composta de ataduras de crepe embebida em pasta com gelatina incolor, glicerina, óxido de zinco e água, normalmente usada no tratamento para úlcera venosa.

3 PAPEL DA ENFERMAGEM

Barbosa; Marfei; Marin (2004) comentam que a enfermagem está lutando pelo seu espaço profissional, sendo que o cuidado prestado pela enfermagem vem sendo o principal aspecto a ser considerado.

A consulta de enfermagem é muito importante no tratamento de pacientes com TVP. É na coleta de dados que o enfermeiro obtém informações sobre o paciente e tudo que o envolve, a forma de obter essas informações é muito importante, pois o

paciente deve estar à vontade para responder os questionamentos, e as perguntas devem ser claras, evitando o desgaste do paciente, na maioria das vezes esses dados são coletados na chegada do paciente a instituição, no entanto as vezes é necessário mais de um diálogo para obter todas as informações necessárias. Isto é necessário para que seja realizado um diagnóstico de qualidade onde ocorre a interpretação dos dados coletados para que as decisões sejam tomadas, assim como as ações que serão realizadas, buscando alcançar os resultados esperados para a melhora do quadro do paciente. (BARROS et al., 2015).

Depois de realizado o diagnóstico é importante que o enfermeiro tenha algumas condutas. Os pacientes possuem muitas dúvidas referentes ao tratamento, cabe a este profissional orientar sobre elas. Informar ao paciente a dose e o horário da medicação, os produtos que possam interferir no uso de anticoagulantes, salientar a importância do exame clínico e laboratorial, monitorar os sinais e sintomas de sangramento, monitorar os resultados do tempo de protrombina, avaliar doenças de base e condições associadas, avaliar todos os medicamentos utilizados pelo paciente, exames laboratoriais e de imagem, etc (SANTANA; SANTOS, 2011).

No tratamento da úlcera venosa o enfermeiro deve compreender o processo de reparo tecidual, identificar as doenças de bases, conhecer a parte clínica das úlceras, com o objetivo de direcionar a assistência (OLIVEIRA et al., 2012). Ele quem deve tomar a decisão sobre o tratamento realizado e orientações para a prevenção de feridas, porém é de fundamental importância que estes profissionais atualizem seus conhecimentos constantemente, pois novos matérias surgem a todo momento. Além de auxiliarem na educação do paciente, pois é grande o índice de úlceras venosas recidivas, cerca de 66% (CARMO et al, 2007).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, exploratória, de estudo de caso, e descritiva.

A pesquisa quali quantitativa une a pesquisa qualitativa que objetiva aprofundar a compreensão de um grupo social sobre o assunto e a pesquisa quantitativa que quantifica os dados, ou seja, obtém resultados em números (GOLDENBERG, 1997).

Pesquisa exploratória tem como característica propor maior familiaridade com o problema e o aprimoramento de ideias e descobertas, envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado, análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2002).

Goldenberg (2010, p.33) relata que:

O estudo de caso vem de uma tradição de pesquisa médica e psicológica, na qual se refere a uma análise detalhada de um caso individual que explica a dinâmica e a patologia de uma doença dada. Este método supõe que se pode adquirir conhecimento do fenômeno estudado a partir da exploração intensa de um único caso. Adaptado da tradição médica, o estudo de caso tornou-se uma das principais modalidades de pesquisa qualitativa em ciências sociais.

Pesquisas descritivas têm por característica descrever as características de determinada população ou fenômeno ou estabelecer relações entre variáveis (GIL, 2002).

O local da pesquisa foi na residência da paciente no Município de União da Vitória-PR. A população foi composta por uma paciente do sexo feminino, com idade de 44 anos, diagnosticada com Trombose Venosa Profunda portadora de úlcera venosa, residente no município de União da Vitória. A escolha se deu a partir de conversa prévia com a paciente, analisando a dificuldade encontrada por ela referente ao tema, mesmo após o diagnóstico da patologia.

Os dados foram coletados por meio de entrevista, onde a paciente relatou suas principais queixas, dúvidas e a expectativa do tratamento, relatando sobre seu cotidiano, uma vez que este interfere no andamento do tratamento, por meio de uma conversa dialogada. E por último foi realizada uma avaliação da úlcera venosa, considerando seu aspecto, coloração, tamanho.

Os dados foram apresentados na forma descritiva, a partir dos relatos da paciente e ilustrativa, com imagens para realizar comparação desde o início até o fim do tratamento.

A pesquisa recebeu a aprovação do núcleo de ética e bioética das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu, com o número 2017/051. A paciente assinou um termo de consentimento livre e esclarecido.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PACIENTE

Paciente C.C. 44 anos de idade, cor branca, natural e residente do município de União da Vitória, pesa 78 quilos, altura 1,60, católica, reside no bairro São Cristóvão com sua mãe e sua filha, não possui animais domésticos, separada a quase 19 anos, sua escolaridade é ensino médio incompleto, trabalha de encarregada no setor da padaria em um supermercado do município que fica a 7 quilômetros da sua residência, permanecendo mais de 12 horas em pé com poucos minutos de repouso. Não faz uso de anticoncepcional no momento, porém fez uso á algum tempo atrás, sua carteira de vacinação está em dia, encontra dificuldade na deambulação, não consegue ficar sentada por muito tempo e tem dificuldade em entrar e sair do carro. Outro ponto negativo é sua residência, por ser um sobrado dificulta seu acesso, pois tem que subir e descer as escadas cerca de 5 vezes ao dia, possui 7 cômodos.

Não pratica atividades físicas devido as suas limitações de saúde, sua recreação preferida é uma boa conversa entre amigos, relata não dormir bem, pois a dor se intensifica no período da noite. Sua alimentação não contém grande quantidade de açucares, porém não se alimenta nos horários corretos, devido a sua rotina, não toma café da manhã, almoça no seu local de trabalho, não faz lanche no período da tarde e o jantar é balanceado. Não tem o hábito de comer fruta, tem uma ingesta hídrica em boa quantidade. Faz uso de bebida alcóolica aos finais de semana, relata nunca ser fumante, no entanto, sua mãe é, tornando-a fumante passiva. A paciente expressa sentimento de tristeza, raiva, com alguns momentos de alegria, desejando melhora do seu quadro físico.

Não faz uso de medicação continua, apenas quando sente dor, iniciou tomando paracetamol e ibuprofeno, mas não estava sendo eficaz, o médico então receitou

codeína de 6/6 horas, o que ajudou na diminuição da dor, porém não cessou totalmente.

O histórico da sua patologia teve início a sete anos atrás, quando em uma viagem a serviço ocorreu um acidente, causando fratura, teve então que ser engessada da região do quadril até os pés por cerca de 40 dias, não foi realizada nenhuma forma de prevenção para TVP, logo após a retirada do gesso, a paciente relatou sentir muita dor e perceber uma coloração diferente no MMID (membro inferior direito), então voltou ao médico. Foi diagnosticada a TVP, no entanto nenhum exame mais detalhado foi realizado no início. A úlcera venosa surgiu a quase um ano atrás, a paciente relata ter se assustado, pois não imaginava que isto poderia acontecer. Realizou tratamento por um período, com uma enfermeira especializada em feridas, com bota de unha e com Tegaderm, porém o tratamento tornou-se caro e não havendo uma melhora significativa a paciente não continuou com o tratamento, não realizando assim o curativo diário.

5.2 EXAME FÍSICO

O exame físico foi realizado no dia 14 de julho de 2017, apresentando SSVV normais, PA: 120/80, P: 76, R: 17, T:36 e Sat: 98% apresentou-se lúcida, consciente, orientada, deambulação normolinear, possui visão e audição sem alterações, olhos castanhos, não faz uso de prótese ocular, apresenta pupilas isocóricas, nariz simétrico, lábios hidratados, arcada dentária completa, couro cabeludo íntegro, cabelos com comprimento médio, limpos. O tórax possui movimentos inspiratórios e expiratórios normais, abdômen plano, flácido, não relata dor a palpação. Não foi encontrado ruídos hidroaéreos. Possui pinos na região do quadril no lado direito, resultado de uma antiga cirurgia. Membros superiores e membro inferior esquerdo preservados, pele normocorada, íntegra e hidratada. Membro inferior direito apresenta edema, região posterior local atingido pela TVP apresenta coloração escura, úlcera venosa. Eliminações vesicais em média quantidade e coloração amarelo claro, eliminações intestinais regulares uma vez ao dia.

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

A seguir serão apresentadas algumas imagens da úlcera no decorrer do tratamento, o acompanhamento foi realizado durante o mês de julho de 2017.

Primeiro dia de acompanhamento: A Úlcera (figura1) apresentava-se com pontos de tecido necróticos, exsudato concentrado no centro da ferida, pouco tecido de granulação, edema e eritema no membro, relatou sentir bastante algia em todo o membro, não apenas na úlcera. Realizado curativo oclusivo utilizando material estéril, soro fisiológico 0,9% morno em jato, pomada colagenase e ao redor foi utilizado óleo de girassol.

FIGURA 01: Primeiro dia de curativo



Fonte: TENCYZNA (2017)

O curativo foi realizado da mesma forma durante toda a semana, porém ao invés do óleo de girassol, iniciou-se o uso da pomada manipulada, dexametasona, pois a paciente relatou sentir coceira e irritabilidade da pele pelo uso do óleo.

Segunda semana de acompanhamento: Percebe-se na figura 02 que não há mais tecido necrosado, permanece ainda uma quantidade de exsudato e pouco tecido de granulação, a partir desde dia foi trocada a pomada que era a collagenase pela antibiótica sulfadiazina de prata. A paciente relatou sentir menos dor no membro, porém continua edemaciado, pois a paciente não realiza repouso durante o dia.

FIGURA 02: Segunda semana de tratamento



Fonte: TENCYZNA (2017)

Terceira semana de acompanhamento: Um imprevisto acabou ocorrendo no segundo dia da terceira semana de acompanhamento, a paciente ao entrar no carro em direção ao seu trabalho acabou batendo na porta no local da úlcera, provocando uma ruptura na parte inferior da úlcera causando esmagamento. Porém percebeu que a pele ao redor já não está mais ressecada. Quatro dias depois a paciente foi consultar com seu médico, pois relatou sentir muita dor, e apresentou um episódio de febre durante a noite, o médico receitou antibiótico, relatando poder haver outra infecção no local. O médico lhe deu 3 dias de atestado.

FIGURA 03: Terceira semana de acompanhamento



Fonte: TENCYZNA (2017)

Quarta semana de acompanhamento: Continuou-se realizando o mesmo procedimento, é possível analisar que ocorreu grande diminuição de exsudato e aumento do tecido de granulação, a paciente relata ainda sentir dor, principalmente quando voltou a trabalhar, pois permanece longo período em pé, sem repouso.

Entende-se que não houve a melhora esperada do quadro da paciente, devido a intercorrência ocorrida, além da não cooperação da paciente em realizar as recomendações feitas a ela. Porém a Úlcera apresenta-se superficial e com presença de tecido de granulação, tornando-a de fácil cicatrização. A paciente foi orientada a continuar realizando curativo no Posto de saúde de seu bairro ou até mesmo no hospital onde se tornaria mais fácil a ela.

FIGURA 04: Último dia de acompanhamento



Fonte: TENCYZNA (2017)

A seguir relata-se alguns problemas observados na consulta de enfermagem, seus Diagnósticos de Enfermagem e o Plano de cuidados em enfermagem:

LISTA DE ALTERAÇÕES

- #01 Fumante passiva
- #02 Dieta inadequada
- #03 Não faz repouso durante o dia
- #04 Permanece muito tempo em pé
- #05 Dor continua
- #06 Padrão do sono prejudicado
- #07 Escadas na residência
- #08 Dificuldade em praticar exercícios físicos e atividades de lazer
- #09 Prurido no membro afetado pela TVP
- #10 Úlcera venosa
- #11 Espera ao máximo para ir ao médico
- #12 Permanece o dia todo com calça apertada
- #13 Permanece o dia todo com tênis e meia que comprimem o local atingido pela TVP
- #14 Ingestão de bebida alcoólica
- #15 Faz uso de medicações para dor
- #16 Dificuldade de locomoção até o serviço

#17 Coloração escura do MMID

#18 Edema em MMID

#19 Pinos no quadril

#20 Dificuldade na deambulação

5.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

#08

Atividade de recreação deficiente: Estimulação (interesse ou engajamento) diminuída em atividades recreativas ou de lazer.

#08 e #20

Estilo de vida sedentário: Refere-se a um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física.

#03, #04, #07, #11, #12, #13 e #14

Autocontrole ineficaz da saúde: Padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para alcançar as metas específicas de saúde.

#06

Padrão de sono prejudicado: Interrupções da quantidade e da qualidade do sono, limitadas pelo tempo, decorrentes de fatores externos.

#20

Deambulação prejudicada: Limitação à movimentação independente, a pé, pelo ambiente.

#10

Mobilidade física prejudicada: Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.

#09, #17 e #18

Perfusão tissular periférica ineficaz: Redução na circulação sanguínea para a periferia, capaz de comprometer a saúde.

#02

Déficit no autocuidado para alimentação: Capacidade prejudicada de desempenhar ou completar atividades de alimentação.

5.4 PLANO DE CUIDADOS

#1, #6 e #10

Orientar sobre os malefícios de ser fumante passivo, e orientar a família sobre isso.

#3, #5, #10, #12, #13 e #20

Orientar sobre a patologia, os rios da sua evolução e não tratamento correto, a importância do repouso diário e o uso de roupas e calçados confortáveis.

#2, #5, #6, #11, #15, #17 e #18

Recomendar que realize acompanhamento com a equipe de saúde, para sanar dúvidas com relação ao seu tratamento, dieta e controle de medicações.

#10 e #11

Orientar que realize consultas periódicas, para acompanhamento do seu tratamento, analisando sua evolução.

#3, #4, #5, #10 e #18

Orientar o repouso com membros inferiores elevados, ao menos duas vezes ao dia favorecendo o retorno venoso, e assim diminuindo o edema e a dor.

#5, #8, #10 e #20

Orientar a prática de atividades físicas moderadas de acordo com seu condicionamento físico.

5.5 PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Explicar a patologia a paciente e familiares.

Administrar dieta adequada M/T/N

Elevar membros inferiores M/T/N

Realizar curativo T

Hidratar a pele principalmente ao redor da úlcera M/T/N

Evitar o uso de bebida alcóolica.

Evitar escadas.

Evitar permanecer muito tempo em pé.

Evitar calçados e calças apertadas.

Manter unhas curtas para evitar arranhões.

Avaliar intensidade da dor.

Avaliar cor e odor da ferida.

Explicar todos os procedimentos realizados e sua importância.

Orientar a dieta equilibrada com pouca quantidade de açúcares e nos horários corretos M/T/N

Orientar a ingestão de líquidos M/T/N

Contribuir ao paciente melhor qualidade de vida.

Encaminhar a paciente a consulta médica e exames.

Conscientizar a paciente sobre a importância do tratamento correto.

Acompanhar a consulta médica.

Orientar sobre a administração das medicações, nos horários corretos.

Encaminhar a UBS mais próxima para a realização do curativo.

Encaminhar para psicólogo e nutricionista.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou analisar a importância do enfermeiro no tratamento de paciente diagnosticada com Trombose Venosa Profunda portadora de úlcera venosa.

Esta análise se deu através do acompanhamento ao longo do mês de julho de 2017. A assistência de enfermagem nesses casos deve-se iniciar pela história clínica do paciente levando em consideração os aspectos que interferem no seu estado de saúde, com por exemplo condições sociais e econômicas. Levando isso em consideração primeiramente foi realizada a entrevista e exame físico na paciente, observando principalmente a úlcera venosa, para a escolha do melhor tratamento.

Além do acompanhamento foi realizada a prescrição de enfermagem, com cuidados que podem ter facilitando a melhora da patologia e da qualidade de vida da paciente, mudanças simples que fazem bastante diferença.

Ao decorrer do tratamento e observações realizadas pela pesquisadora, foi possível verificar que o profissional enfermeiro não consegue resultados positivos sem a cooperação do paciente, os cuidados prescritos devem ser seguidos corretamente, essa foi a principal dificuldade encontrada durante a pesquisa.

No decorrer do trabalho verificou-se que o enfermeiro desempenha um papel importante nesses casos, sanando dúvidas e auxiliando no tratamento e melhora da qualidade de vida do paciente.

Apesar das intercorrências observadas durante o tratamento, notou-se melhora no quadro da paciente, a úlcera já estava consideravelmente melhor em comparação ao início do tratamento, a dor no membro também diminuiu.

O trabalho realizado foi importante, considerando o aumento de casos de TVP nesses últimos anos, além disso apresentando a importância que o enfermeiro exerce frente a esses casos, o paciente sente-se mais à vontade para tirar dúvidas e apresentar suas queixas ao enfermeiro.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Maria Shirley; MAFEI, Francisco Humberto; MARIN, Maria José Sanches. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem aos pacientes em terapia anticoagulante.** 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a17v57n5.pdf>>. Acesso em: 10 abril 2017.

BARROS, Marcio Vinicius Lins; PEREIRA, Virgínia Soares Rodrigues; PINTO, Daniel Mendes. **Controvérsias no diagnóstico e tratamento da trombose venosa profunda pela ecografia vascular.** 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jvb/v11n2/v11n2a11.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

BARROS, Marcio A.; GENESTRA, Marcelo. **Profilaxia da trombose venosa profunda em pós-operatório de cirurgias ortopédicas em um hospital de traumatologia-ortopedia.** 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v30n1/a09v30n1.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

BARUZZI, Antonio Claudio do Amaral et al. **Trombose Venosa Profunda. Profilaxia.** 1996. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/abc/1996/6703/67030013.pdf>>. Acesso em: 09 abr 2017.

BASTOS, Marcos de et al. **Tromboprofilaxia: recomendações médicas e programas hospitalares.** 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n1/v57n1a22.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

BRANDÃO, Gustavo Muçouçah Sampaio; SOBREIRA, Marcone Lima; ROLLO, Hamilton Almeida. **Recanalização após trombose venosa profunda aguda.** 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/2013nahead/pt_1677-5449-jvb-jvb2013050.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2017.

BRITO, Milena Bastos; NOBRE, Fernando; VIEIRA, Carolina Sales. **Contracepção Hormonal e Sistema Cardiovascular.** 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/2011nahead/aop01211.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

CARMO, Sara da Silva et al. **Atualidades na : portadores de úlcera venosa.** 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/7208>>. Acesso em: 15 fev. 2017

FORTES, Veronica Barreto et al. **Avaliação do modelo de predição clínica de Wells et al. no diagnóstico da trombose venosa profunda dos membros inferiores.** 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jvb/v6n1/v6n1a03.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

FRANÇA, Luís Henrique Gil; TAVARES, Viviane. **Insuficiência venosa crônica. Uma atualização.** 2003. Disponível em: <<http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/178/03-02-04-318.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

GARCIA, Antonio César Franco et al. **Realidade do uso da profilaxia para trombose venosa profunda: da teoria à prática.** 2005. Disponível em: <<http://jvascbras.com.br/pdf/05-04-01/05-04-01-35/05-04-01-35.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

GIANNINI, Mariangela; ROLLO, Amilton Almeida; MAFFEI, Francisco Humberto de Abreu. **O papel do mapeamento dúplex no diagnóstico da trombose venosa profunda assintomática dos membros inferiores.** 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jvb/v4n3/v4n3a12.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Como classificar as pesquisas.** 2002. Disponível em: <<http://www.madani.adv.br/aula/Frederico/GIL.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** Disponível em: <<https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9nicas-de-pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 15 abril 2017.

GUSMÃO, Gianelli Linhares; SILVA, Lidiana Xavier da; AZEVEDO, Aline Siqueira de. **Assistência de enfermagem no tratamento da trombose venosa profunda em pacientes críticos.** 2014. Disponível em: <http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/viewFile/533/494>. Acesso em: 15 abr. 2017.

HAMERSCHLAK, Nelson; ROSENFELD, Luiz Gastão Mange. **Utilização da Heparina e dos Anticoagulantes Orais na Prevenção e Tratamento da Trombose Venosa Profunda e da Embolia Pulmonar.** 1996. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/abc/1996/6703/67030012.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

MACHADO, Nathalia Leilane Berto; LEITE, Ticiania Leal e; PITTA, Guilherme Benjamin Brandão. **Frequência da profilaxia mecânica para trombose venosa profunda em pacientes internados em uma unidade de emergência de Maceió.** 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jvb/v7n4/v7n4a08>>. Acesso em: 28 mar. 2017.

OKUHARA, Alberto et al. **Incidência de trombose venosa profunda e qualidade da profilaxia para tromboembolismo venoso.** 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v41n1/pt_0100-6991-rcbc-41-01-00002.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2017.

OLIVEIRA, Beatriz Guitton Renaud Baptista de et al. **Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas.** 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a18.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2017.

PENHA, Geane de Souza et al. **Mobilização precoce na fase aguda da trombose venosa profunda de membros inferiores.** 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jvb/v8n1/v8n1a11.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2017.

PORTO, Carmen Lúcia Lascasas et al. **Trombose venosa profunda diagnóstico e tratamento.** 2015. Disponível em: <<http://sbacv.com.br/pdf/diretrizes-2016/TROMBOSE-VENOSA-PROFUNDA.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

SANTANA, Cleise Querino Carneiro de; SANTOS, Carmem Lúcia Oliveira dos. **Identificação do diagnóstico e proposta de intervenção de enfermagem para paciente com trombose venosa profunda.** 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/usuario/AppData/Local/Temp/1904-16874-1-PB-1.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CÓRDOVA, Fernanda Peixoto. **Pesquisa científica.** 2009. Disponível em: <http://www.cesadufs.com.br/ORBI/public/uploadCatalogo/09520520042012Pratica_de_Pesquisa_I_Aula_2.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2017.

VARELLA, Drauzio. **Trombose venosa profunda.** 2011. Disponível em:
<<https://drauziovarella.com.br/doencas-e-sintomas/trombose-venosa-profunda/>>.
Acesso em: 10 fev. 2017

VASCULAR, Sociedade Brasileiro de Angiologia e Cirurgia. **Trombose Venosa Profunda.** 2016. Disponível em:
<<http://www.sbacv.com.br/index.php/publico/trombose-venosa-profunda.html>>.
Acesso em: 24 abr. 2017

VICENTE, Eduardo José Danza et al. **Manejo clínico de úlceras venosas na atenção primária à saúde.** 2012. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a02>>. Acesso em: 15 out. 2016.

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE, EM UNIÃO DA VITÓRIA NO PERÍODO DE 2009 A 2014.

Marycia Andrielli Martello
Marly Terezinha Della Latta¹
Rosmarí Deggerone²
Ana Paula Hupalo Sosa³
Loreni Maria Rosenscheg⁴
Marcos Joaquim Vieira⁵

Resumo: O objetivo do estudo foi delinear o perfil epidemiológico da doença hanseníase em pacientes residentes e notificados no SINAN do município de União da Vitória-PR no período de 2009 a 2014. Tratou-se de um estudo do ponto de vista aplicado, quantitativo, descritivo, previamente bibliográfico, que toma forma de levantamento. Os resultados identificam União da Vitória como uma cidade que conseguiu atingir a meta de eliminação da hanseníase. Homens e mulheres foram acometidos pela hanseníase durante os anos estudados, apresentando uma pequena prevalência de casos em homens. Esses indivíduos apresentaram uma baixa escolaridade, evidenciando a prevalência em indivíduos que possuem somente a 4ª série completa. Quanto à forma clínica as formas dimorfa e virchowiana se destacaram entre os casos. Houve poucos casos da forma tuberculoide e nenhum caso da forma indeterminada. Notou-se ainda predominância dos casos multibacilares em relação aos paucibacilares no período analisado, sendo que um percentual considerável não apresentou incapacidades ao final do tratamento, denotando um diagnóstico precoce da doença. Os achados do estudo reforçam a necessidade da realização de pesquisas regionais, para se conhecer melhor a distribuição da doença a nível local, levantando aspectos que possam contribuir para ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, evitando as incapacidades e deformidades da hanseníase. Com isso há a possibilidade da construção de indicadores epidemiológicos seguros, que indiquem a real dimensão e a tendência da hanseníase no município, contribuindo para um efetivo controle.

Palavras- chave: Hanseníase. Epidemiologia. Baciloscopia.

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* de progressão lenta, que geralmente acomete a pele e os

¹ 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.

² 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 Passo Fundo-RS.

³ Graduada em Enfermagem. Especialização em UTI. Mestrado em Desenvolvimento Regional. Professora nas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – Uniguaçu.

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

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

nervos periféricos, podendo causar deformações e incapacidades com a evolução e não tratamento da doença (KUMAR et al., 2010). Para Sanches et al. (2007), a endemia de hanseníase apresenta-se como problema de saúde pública em nível mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu uma estratégia em 1991, para que a hanseníase deixasse de ser um problema de saúde pública nos países onde o coeficiente de prevalência fosse menor ou igual a um caso para cada 10 mil habitantes. No entanto, a hanseníase ainda não foi eliminada na Angola, Brasil, República Africana Central, República Democrática do Congo, Índia, Madagascar, Moçambique, Nepal e na República Unida da Tanzânia (SOBRINHO; MATHIAS, 2008).

A partir de estudos realizados constatou-se que nos anos de 1990 a 1998 houve um aumento no número de registro de novos casos de 571.792 em 1990 para 755.305 em 1998, esse aumento pode ser explicado pela contribuição de ações de busca ativa nas LECs - Campanhas de eliminação da hanseníase (BUHRER-SEKULA et al., 2008). Em 2003, 513.798 novos pacientes foram diagnosticados em todo o mundo. As maiores prevalências da doença encontram-se no sudeste asiático, na América do Sul e na África (GOMES et al., 2005). O Brasil é considerado o segundo país com maior número de casos de hanseníase no mundo, respondendo, em 2003, por 9,6% da detecção mundial, perdendo apenas para a Índia, que foi responsável por 71% do total de casos novos, naquele ano (GOMES et al., 2005).

Até o início da década de 90, os dados registrados de hanseníase mostram uma alta prevalência da doença e um aumento da sua incidência em todo o território nacional. Em 2007, no Brasil, o coeficiente de detecção de novos casos alcançou o valor de 21,08/100.000 habitantes e o coeficiente de prevalência de 21,94/100.000 habitantes (ALVES et al., 2010). Ao contrário da tendência global, no qual os indicadores da endemia estão apresentando um decréscimo, no Brasil persiste altas taxas de detecção de hanseníase e de coeficientes de prevalência. Algumas regiões do país podem até serem comparadas com alguns países da África e Ásia pela magnitude da hanseníase (ANDRADE; SABROZA; ARAÚJO, 1994).

Diferente das regiões do Brasil onde a hanseníase foi controlada, no Estado do Paraná até o ano de 2005 os números eram superiores à meta estipulada pelo

Ministério da Saúde, o coeficiente de prevalência, em 1994, era de 15 casos por 10 mil habitantes; em 1999, de 3,3; em 2004, foi de 1,4; e, em 2005, de 1,12 casos por 10 mil habitantes. Porém, a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná manteve o compromisso de eliminar a hanseníase do estado até o ano de 2010, ou seja, alcançar o coeficiente de prevalência menor ou igual a um caso para cada 10 mil habitantes, meta estipulada em todos os países endêmicos (SOBRINHO; MATHIAS, 2008). OS mesmos pesquisadores indicam que no Estado do Paraná, uma das prioridades nas ações de eliminação da hanseníase, foi a capacitação dos profissionais da rede de atenção básica de saúde. Na tentativa de atingir a meta de eliminação até o ano de 2010, a Secretaria de Estado de Saúde do Paraná comprometeu-se em continuar executando as ações do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase considerando a importância da eliminação da hanseníase como problema de saúde pública.

.Apesar de ser uma doença totalmente curável, ainda há muitos mitos sobre ela, e muito preconceito com os portadores da mesma, conhecer essa doença é extremamente importante para melhorar as condições de vida dos portadores, evitando sua discriminação e reclusão da sociedade. Tão importante quando esclarecer a população em geral sobre a doença é a capacitação de profissionais para a realização do efetivo controle, desde a pessoa que preenche a ficha de notificação/investigação, até o profissional Biomédico que realiza o exame de baciloscopia. Diante das considerações apresentadas é que se remete ao seguinte problema de pesquisa: Qual é o perfil epidemiológico da hanseníase no município de União da Vitória, estado do Paraná, no período de 2009 a 2014?

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Hanseníase: Aspectos Epidemiológicos

Hanseníase é uma doença crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, sua evolução é lenta e envolve principalmente nervos periféricos e pele (HANSEL; DINTZIS, 2007). Era considerada uma doença herdada, até que Amaneur Hansen, em 1873, identificou o bacilo *M. leprae*, que passou a levar seu nome sendo conhecido por Bacilo de Hansen, depois disso a teoria de que a manifestação clínica da doença

dependia não só de fatores ambientais, mas também da susceptibilidade individual, ganhou suporte (DURÃES et al., 2005).

A sua transmissão é por contato direto. O bacilo *M. leprae* fica inoculado nas secreções nasais do trato respiratório e em feridas abertas, porém certa de 95% da população mesmo tendo contato prolongado com a pessoa infectada, não irá se infectar por apresentar uma imunidade protetora natural, apenas uma minoria de 5% irá se infectar e desenvolver o quadro cl (HANSEL; DINTZIS, 2007).

Em países onde a prevalência da doença é superior a 10 casos para cada 100 mil habitantes, a hanseníase é considerada endêmica. O Brasil está entre esses países já que sua taxa de prevalência é superior a estipulada pela OMS (KUMAR et al., 2010). Há uma estratégia para alcançar a meta de eliminação desse coeficiente, concentrada na integração das ações de controle com a atenção básica de maneira a tornar mais acessível o diagnóstico e o tratamento (CAMPOS, 2005).

Para controle da hanseníase no Brasil a vigilância epidemiológica utiliza um sistema universal e passivo, que notifica todos os casos confirmados, são tratados como casos de notificação compulsória (BRASIL, 2008b). Segundo o Ministério da Saúde o Brasil no ano de 2014 apresentou um coeficiente de detecção geral de 15,32 casos para cada 100 mil habitantes, dentre esses casos 45,42% são do sexo feminino e 65,91% apresentaram a forma multibacilar. A região centro oeste é a que tem maior coeficiente, apresentando 38,62 casos para cada 100 mil habitantes. Ainda no ano de 2014, na região Sul o estado com maior coeficiente é o Paraná com 6,71 casos para cada 100 mil habitantes. Sendo 43,68% mulheres e 78,76% com a forma multibacilar.

2.2 Aspectos do *Mycobacterium leprae*

Bacilo de Hansen ou *M. leprae* é um parasita intracelular obrigatório, tendo afinidade por células cutâneas e dos nervos periféricos. Sua progressão é lenta, podendo ter um tempo de multiplicação de 11 a 16 dias. A taxa de infecção é alta, porém de baixa patogenicidade, pois poderá infectar muitas pessoas, mas deixando poucos convalescidos (BRASIL, 2002).

As condições de melhor crescimento do *M. leprae* são de temperaturas abaixo da temperatura corporal, e suas lesões tem predileção para mãos e face. O *M. leprae* é um bastonete delgado, fracamente ácido-resistente não podendo ser cultivado em meios artificiais e em culturas de células (HANSEL; DINTZIS, 2007).

2.3 CLASSIFICAÇÃO DA HANSENÍASE

A patologia apresenta-se sob quatro tipos de manifestações diferentes, uma de forma menos intensa chamada de tuberculoide, outra de forma mais intensa conhecida como lepromatosa, também apresenta forma dimorfa e ainda indefinida (KUMAR et al., 2010). Na forma indeterminada (HI), é a primeira manifestação clínica da hanseníase, aparece após um período de incubação que varia em média; de dois a cinco anos. Caracteriza-se por manchas hipocrômicas em pequeno número, com apenas a sensibilidade térmica alterada e localizada em qualquer área da pele. Não há comprometimento de troncos nervosos nesta forma clínica. A pesquisa de BAAR (Bacilo álcool - ácido resistente) revela-se negativa. Após período de tempo que varia de poucos meses até anos, ocorre evolução para cura ou para outra forma clínica (ARAÚJO, 2003).

A Hanseníase tuberculoide (HT), recebe esse nome porque suas lesões são semelhantes às da tuberculose, porém sem apresentar necrose caseosa. As lesões mais brandas da forma tuberculoide causam desfiguração mínima (HANSEL; DINTZIS, 2007). As lesões da hanseníase tuberculoide são de pele secas e escamosas que perdem a sensação. Geralmente possuem envolvimento assimétrico dos grandes nervos periféricos (KUMAR et al., 2010). A forma da Hanseníase lepromatosa ou virchowiana (HV), é a forma mais intensa da hanseníase, incluindo espessamento e nódulos simétricos da pele. Pode causar danos no sistema nervoso periférico pela invasão disseminada da micobactéria nas células de Schwann e nos macrófagos endoneurais e perineurais (KUMAR et al., 2010). Também, causa lesões tumoriformes na pele, nos olhos, testículos, nervos, linfonodos e no baço. Possui mais predileção para áreas mais frias da pele, do que áreas mais quentes, como axila e a virilha (HANSEL; DINTZIS, 2007; KUMAR et al., 2010).

E, a Hanseníase dimorfa (HD), apresenta como características lesões numerosas com morfologia que mescla com aspectos dos dois tipos anteriormente descritos, segundo Araújo (2003, p.377), as lesões são placas eritematosas, com manchas hipocrômicas, limites e bordas específicos, denominadas de lesões foveolares. Os principais elementos sugestivos dessa forma clínica são a infiltração assimétrica da face, dos pavilhões auriculares, e a presença de lesões no pescoço e nuca. As lesões neurais são precoces, assimétricas e, com frequência, levam a incapacidades físicas. A pesquisa de BAAR pode ser negativa ou positiva com índice bacilar variável (ARAÚJO, 2003).

2.4 Diagnóstico

A hanseníase é diagnosticada quando pelo menos uma das manifestações clínicas for identificada, seriam elas: perda da sensibilidade de uma lesão cutânea esbranquiçada ou avermelhada; nervo periférico espessado, com perda da sensibilidade e/ou fraqueza da musculatura inervada por ele; além da presença de bacilos álcool-ácido-resistentes em um raspado intradérmico e na análise da linfa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

O Ministério da Saúde recomenda que sejam realizados exames em pessoas que convivem com o indivíduo que possui hanseníase, intensificando assim a busca ativa de portadores da doença (GARCIA et al., 2013). No diagnóstico clínico é realizada uma análise da história e condições de vida do paciente, exames dermatológico e neurológico, para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (BRASIL, 2014). O Exame Dermatológico é realizado a fim de identificar todas as possíveis lesões de pele própria da hanseníase, e as expõe a testes de sensibilidade, comparando-a com áreas sãs da pele, para confirmação do resultado. Realiza-se testes de sensibilidade térmica, sensibilidade tátil e sensibilidade protetora, sendo a última muito importante para prevenir incapacidades (BRASIL, 2002).

Uma avaliação neurológica também é realizada no acometido e consiste na inspeção, palpação, avaliação funcional dos nervos, podendo assim classificar o grau

de incapacidades (BRASIL, 2008b). O diagnóstico laboratorial é denominado de exame microscópico de baciloscopia, onde se realiza um esfregaço do raspado intradérmico das lesões ou de outros locais de coleta, como lóbulos auriculares e cotovelos. Neste esfregaço irá se observar o *M. leprae*. Como nem sempre é possível evidenciar o bacilo na baciloscopia, o resultado negativo não afasta o diagnóstico da hanseníase, que é clínico (BRASIL, 2002). Segundo Araújo (2003) a baciloscopia será fortemente positiva na forma virchowiana e revela resultado variável na forma dimorfa. O resultado pode se apresentar negativo nas formas tuberculoide e indeterminada.

A técnica de coleta depois da antissepsia do local a ser coletado, pressiona-se a pele com o auxílio de uma pinça hemostática do tipo Crile, o suficiente para obter a isquemia, evitando o sangramento. O raspado intradérmico deve ser feito nas bordas e no fundo da incisão feita pelo bisturi estéril em cada sítio de coleta. O material é distribuído na lâmina em movimentos circulares. São realizadas incisões nos dois lóbulos da orelha e nos dois cotovelos (BRASIL, 2010).

O bacilo de Hansen por ser álcool-ácido resistente precisa ser corado pelo método Ziehl-Neelsen. Quando tratado pela fucsina fenicada, resiste à descoloração subsequente por uma solução de ácido forte e, assim sendo, permanece corado em vermelho; outros não resistem à descoloração e tomam a coloração de fundo (MOÇAMBIQUE, 2012).

Para preservar as condições morfotintoriais do bacilo usa-se o método de coloração a frio. O Biomédico ou outro profissional qualificado irá cobrir o esfregaço com a solução de fucsina de Ziehl-Neelsen, previamente filtrada, durante 20 minutos. Depois de lavar a lâmina em água corrente é preciso descorar os esfregaços com solução de álcool-ácido a 1%, até que os mesmos tomem uma coloração rosada. A lâmina é lavada novamente e coberta com solução de azul de metileno a 0,3% por 1 minuto. Lava-se a lâmina e a deixar secar a temperatura ambiente (BRASIL, 2010).

Quanto ao exame baciloscópico, a leitura do esfregaço o Biomédico ou outro profissional qualificado irá examinar a lâmina com objetiva de pequeno aumento (10x) para evitar campos com hemácias, realizando a leitura em campos que contenham muitos macrófagos. Feito isso se deve ler o esfregaço em objetiva de imersão (100x), sistematicamente em zig-zag em 100 campos (BRASIL, 2010). O resultado do exame

é apresentado sob a forma de índice baciloscópico (IB), em uma escala que vai de 0 a 6+, esse método de avaliação quantitativo é o mais correto e utilizado na leitura da baciloscopia em hanseníase. (ARAÚJO, 2003). Segundo Brasil (2010) o índice baciloscópico está descrita da seguinte forma:

- Ausência de bacilos em 100 campos examinados.
- (1+) – Presença de 1 a 10 bacilos, em 100 campos examinados.
- (2+) – Presença de 1 a 10 bacilos, em cada 10 campos examinados.
- (3+) – Presença de 1 a 10 bacilos, em média, em cada campo examinado.
- (4+) – Presença de 10 a 100 bacilos, em média, em cada campo examinado.
- (5+) – Presença de 100 a 1.000 bacilos, em média, em cada campo examinado.
- (6+) – Presença de mais de 1.000 bacilos, em média, em cada campo examinado.

O diagnóstico diferencial está relacionado a algumas dermatoses que podem se assemelhar a algumas formas e reações de hanseníase por isso necessitam de uma segura diferenciação, as principais são: eczemátides, pitíriase versicolor, vitiligo, dermatofitoses e doenças neurológicas (BRASIL, 2008b).

2.5 Tratamento

Hanseníase é uma doença curável, e é necessário esclarecer sobre a doença para que a discriminação que os portadores de hanseníase sofrem, não mais exista. Nas primeiras doses da medicação usada no tratamento o bacilo é eliminado e os portadores da doença, no início do tratamento quimioterápico deixam de serem transmissores. Por isso, a importância do diagnóstico precoce, evitando que a doença evolua e não sendo necessário que o portador da doença se afaste do trabalho, nem do convívio familiar (BRASIL, 2002).

Para o início do tratamento é preciso dividir os pacientes conforme a quantidade de bacilos, são chamados de paucibacilares os pacientes com poucos bacilos e de multibacilares os pacientes com muitos bacilos. Atualmente, essa divisão é feita utilizando uma regra clínica: os casos paucibacilares têm até cinco lesões cutâneas no total, os casos multibacilares têm seis ou mais lesões cutâneas (BRASIL, 2008a).

O tratamento quimioterápico ou a poliquimioterapia (PQT) é composta por quatro tipos de cartelas de PQT com a composição de acordo com a classificação de cada caso, constituídas pelos medicamentos rifampicina, dapsona e clofazimina (BRASIL, 2008b). O tratamento paucibacilar adulto dura 9 meses com 6 doses. Diariamente, o paciente administra um comprimido de Dapsona (100 mg) e uma vez ao mês toma uma dose supervisionada no Serviço de Saúde de duas cápsulas de Rifampicina (600 mg) e um comprimido de Dapsona (100 mg) (BRASIL, 2008a).

Quando o tratamento refere-se a um paucibacilar criança, as doses administradas são ajustadas conforme sua idade. De 0 a 5 anos administra-se um comprimido de Dapsona (25 mg) diariamente e uma vez ao mês toma-se uma dose supervisionada no Serviço de Saúde de duas cápsulas de Rifampicina (150 a 300 mg) e um comprimido de Dapsona (25 mg). De 6 a 14 anos administra-se um comprimido de Dapsona (50 a 100 mg) diariamente e uma vez ao mês toma-se uma dose supervisionada no Serviço de Saúde de duas cápsulas de Rifampicina (300 a 450 mg) e um comprimido de Dapsona (50 a 100 mg) (BRASIL, 2002).

No caso do paciente ser um multibacilar adulto, o tratamento dura 18 meses com 12 doses. Diariamente, o paciente administra um comprimido de Dapsona (100 mg) e uma cápsula de Clofazimina (50 mg), uma vez ao mês toma uma dose supervisionada no Serviço de Saúde de duas cápsulas de Rifampicina (600 mg), um comprimido de Dapsona (100 mg) e três cápsulas de Clofazimina (300 mg) (BRASIL, 2008a).

E, nos casos de ser uma criança multibacilar, o esquema de medicamentos é: de 0 a 5 anos administra-se um comprimido de Dapsona (25 mg) diariamente e semanalmente uma cápsula de Clofazimina (100 mg), uma vez ao mês toma-se uma dose supervisionada no Serviço de Saúde de duas cápsulas de Rifampicina (150 a 300 mg), um comprimido de Dapsona (25 mg) e Clofazimina (100 mg). De 6 a 14 anos administra-se um comprimido de Dapsona (50 a 100 mg) diariamente e semanalmente uma cápsula de Clofazimina (150 mg), uma vez ao mês toma-se uma dose supervisionada no Serviço de Saúde de duas cápsulas de Rifampicina (300 a 450 mg), um comprimido de Dapsona (50 a 100 mg) e Clofazimina (150 a 200 mg) (BRASIL, 2002).

2.6 Prevenção

Não há nenhuma prevenção específica para hanseníase, porém existem algumas medidas que visam evitar as incapacidades e as formas multibacilares, tais como o diagnóstico precoce, a realização de exames dos contatos intradomiciliares, as técnicas que previnem as incapacidades, uso da vacina BCG e campanhas de educação em saúde (PARANÁ, 2015).

Conhecer a doença também é fundamental para a prevenção, por isso pesquisas sobre o assunto são tão importantes. Manter hábitos saudáveis, como fazer exercícios físicos, alimentação correta, entre outras coisas, são essenciais para que a nossa imunidade natural esteja ativa, podendo combater o bacilo logo quando entrar em contato. É muito importante orientar a família do doente a também procurarem uma unidade de saúde para avaliação, evitando assim a transmissão da doença em pessoas do convívio do doente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2015).

Segundo Pinho, Júnior e Schenberg (1998), a vacina BCG(Bacilo de Calmette-Guérin) apesar de sua eficácia contra hanseníase ser bastante variável na literatura científica, é a única vacina contra a hanseníase aprovada para uso humano, utilizada primariamente contra a tuberculose. Os estudos realizados, no Brasil e em outros países para verificar o efeito protetor da BCG na hanseníase, chegou-se à conclusão que há uma maior proteção para as formas multibacilares da doença e o nível de proteção teve uma variação de 20 a 80%. O Ministério da Saúde recomenda a aplicação de duas doses da vacina BCG intra-dérmica em todos os contatos intradomiciliares dos casos de hanseníase (BRASIL, 2002).

Existe um programa nacional, sistematizado e contínuo, coordenado pelo Ministério da Saúde que divulga sobre a doença hanseníase, garantindo informação e esclarecimentos à população sobre a doença. Visando aumentar os conhecimentos científicos sobre a hanseníase e evitar informações equivocadas, a Área Técnica de Dermatologia Sanitária/MS e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

encaminham documentos informativos sobre a doença para diversas entidades (BRASIL, 2002).

Por tratar-se de uma doença que acomete nervos, o diagnóstico tardio e a demora para o início do tratamento podem gerar incapacidades nos portadores de hanseníase, podendo ser físicas, visuais e olfativas (BRASIL, 2008a). Segundo o Brasil (2008b), para a prevenção dessas incapacidades são realizadas técnicas simples e orientação do paciente para que faça uso de alguns auto-cuidados, o Sistema Único de Saúde (SUS) deverá disponibilizar para os pacientes os seguintes insumos: colírio para a reposição de lágrima, solução fisiológico para ressecamento do nariz, óleo com ácidos graxos essenciais e creme com uréia a 10% para lubrificar e hidratar a pele

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

O presente estudo trata-se do ponto de vista aplicado, quantitativo, descritivo, previamente bibliográfico, que toma forma de levantamento. Pesquisas aplicadas objetivam gerar conhecimentos para aplicação prática dirigida à solução de problemas específicos. Rigues et al. (2007) também comenta que uma pesquisa quantitativa pode ser traduzida em números, opiniões e informações para classificá-la e analisá-la. Gil (2002) define como pesquisa descritiva aquele que tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis.

Com fundo bibliográfico a análise do referencial foi desenvolvida com base em material elaborado anteriormente, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Por fim toma forma de pesquisa de levantamento, pois, procede-se à solicitação de informações a um grupo significativo de pessoas acerca do problema estudado (GIL, 2002). A população do estudo foram os moradores do município de União da Vitória-PR. A amostra foi delimitada pelos pacientes portadores de hanseníase que foram atendidos durante os anos de 2009 a 2014, no setor de infectologia da Secretaria Municipal de Saúde, no setor de Vigilância Epidemiológica, notificados no Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN), do município de União da Vitória-PR.

Os dados foram obtidos na Secretaria Municipal de Saúde do município de União da Vitória-PR, no setor de Vigilância Epidemiológica, pelo Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN). Para as análises foram utilizadas as fichas de notificação/investigação do SINAN, compreendidas como instrumento de pesquisa. Com bases nas fichas foram analisados os seguintes aspectos para o estudo: faixa etária, distribuição quanto ao sexo, raça/cor, escolaridade, forma clínica, classificação operacional, número de lesões cutâneas, grau de incapacidade, resultado da baciloscopia e esquema terapêutico inicial.

Através das fichas o SINAN pode-se controlar o registro e o processamento de dados das doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014), em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, desta forma, para a tomada de decisões quanto ao controle e os agravos em nível municipal, estadual e federal. Essa ficha é preenchida pelas unidades assistenciais e encaminhada aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que devem repassar semanalmente os arquivos em meio magnético para as Secretarias Estaduais de Saúde (BRASIL, 2014).

Este projeto está indexado no Núcleo de Ética e Bioética do Curso de Biomedicina das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu- UNIGUAÇU. Uma solicitação de autorização para realização da pesquisa foi encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde de União da Vitória, para o acesso aos dados do SINAN. Salientando que os dados contidos nas fichas de investigação foram analisados sem qualquer identificação dos pacientes que fizeram parte desse estudo para não comprometer sua vida social.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados obtidos pelas fichas de notificação/investigação, cadastradas no SINAN do município de União da Vitória-PR no período de 2009 a 2014, verificou-se que foram notificados 29 casos de hanseníase no município. De acordo com o gráfico 01 pode-se observar que em termos percentuais os anos de 2009 e 2010

corresponderam a 10% do total de casos, os anos de 2011, 2012 e 2013 apresentam índices que variam de 28% a 21% respectivamente. No ano de 2014 houve um declínio no número de casos, correspondendo a 7% do total, sugerindo um controle da doença.

Segundo o censo(2014) realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos anos estudados a população de União da Vitória-PR correspondia a 52.735 habitantes, com esse dado foi realizado um cálculo de probabilidade manual para avaliar a meta de eliminação da Hanseníase estipulada pelo OMS. O estudo mostrou que os anos de 2011, 2012 e 2013 apresentaram um coeficiente acima da meta estipulada que é 10 casos para cada 100 mil habitantes. 2011 apresentou um coeficiente de 15,17 casos/100mil habitantes, 2012 com 13, 27 casos/100mil habitantes e 2013 com 11,37 casos/100mil habitantes. Já no ano de 2014 a meta de eliminação foi atingida com 3,79 casos/100mil habitantes.

Baseado no estudo realizado por Romão e Mazzoni (2013) no município de Guarulhos-SP onde o coeficiente de detecção é de 3,72 casos/100.000 habitantes, quando comparados a outros estados da região Centro-Oeste, Norte e Nordeste, podemos afirmar que tanto o município de Guarulhos quanto o de União da Vitória, apresenta um médio coeficiente de detecção em relação a esses locais, onde se concentram a maior parte dos casos de hanseníase notificados no país, podendo ultrapassar um coeficiente de detecção de 80 casos/100.000 habitantes.

Através da análise dos resultados do gráfico 02, observa-se que a doença acometeu homens e mulheres, se analisarmos alguns fatores como menor acesso aos serviços de saúde por parte do público masculino, maior direcionamento de programas à saúde da mulher, menor preocupação dos homens em relação à saúde e a estética, podemos dizer que esses fatores interferem na demora de diagnósticos em casos da doença no sexo masculino. Podemos assim dizer que as mulheres teriam mais oportunidade de diagnóstico precoce, diferente dos homens, que pela série de fatores citados podem ser diagnosticados tardiamente. Concordando com essa hipótese o município de União da Vitória-PR possui uma prevalência de casos do sexo masculino, representada nesse gráfico por 59% do total dos casos notificados.

Amaral e Lana (2008), afirmam que na microrregião de Almenara-MG 52,8% dos casos analisados em seu estudo são de pessoas do sexo feminino. Isso indica que apesar de existir alguns fatores que facilitam o diagnóstico em mulheres, a doença não difere entre os sexos.

De acordo com o gráfico 03, 90% dos casos notificados eram adultos entre 30 a 79 anos, havendo predominância na faixa etária de 50 a 59 anos, representando 28% do total de casos notificados. Por tratar-se de uma doença do jovem e do adulto, devido ao longo período de incubação pelo *M. leprae*, um aumento de casos detectados nessa faixa etária evidenciaria a existência de um aumento na cadeia de transmissão do bacilo na população, além de uma deficiência na vigilância e no controle da doença. Os achados anteriormente citados nos mostram a prevalência em indivíduos mais velhos, assim podendo afirmar que há uma baixa cadeia de transmissão do bacilo e uma eficiência na vigilância e no controle da doença adotado pelo município.

Diferindo desse estudo em Belo Horizonte-MG no período de 1992 a 1997, a hanseníase acometeu um maior número de pessoas na faixa etária entre 20 a 50 anos, assim seguindo a linha lógica que em doenças de longo período de incubação há uma prevalência em jovens e adultos, indicando também uma alta cadeia de transmissão do bacilo nessa cidade e baixo controle da doença. (LANA et al., 2000).

No gráfico 04 está relacionado que 72% do total de casos notificados declararam-se brancos e 28% pardos. Não havendo casos de pacientes negros ou indígenas.

No estudo realizado por Miranzi, Pereira e Nunes (2010) no município de Uberaba, no período de 2000 a 2006 a avaliação da raça/cor, os pardos foram a maioria, com 33,4% dos casos, seguidos pelos brancos com 29,8%, com a raça negra apresentando a menor proporção de casos quando comparada às outras.

Com relação à escolaridade o gráfico 05 evidencia a prevalência em indivíduos que possuem somente a 4ª série completa, em termos percentuais isso representa 24% do total de casos notificados, seguido pelo número de casos com a 1ª a 4ª série incompleta, com 21%.

Além desses dados expressarem de certa forma o nível socioeconômico, que se mostrou baixo, são de suma importância para se realizar a educação em saúde da população e facilitar a compreensão das orientações sobre o tratamento e cuidados necessários. Por haver um grande preconceito com relação a hanseníase, até mesmo pelo portador que muitas vezes abandona ou se recusa a realizar o tratamento, saber como falar sobre a doença e orientar sobre o tratamento é fundamental no controle da transmissão da doença.

Os dados desse estudo vão de encontro aos observados por Miranzi, Pereira e Nunes (2010) no município de Uberaba, que constataram que a maioria dos portadores de hanseníase estudou em média de quatro a sete anos (34,9%). A faixa de 20 a 34 anos foi a que apresentou mais anos de estudo (8 a 11 anos). A população de oitenta anos ou mais, em sua maioria (62,5%), não estudou nenhum ano.

Com relação à classificação operacional que é usada para dividir os pacientes conforme a quantidade de bacilos e assim iniciar o tratamento correto, observa-se no gráfico 06 uma grande prevalência do tipo multibacilar que se encaixa nas formas dimorfa e virchowiana da doença, correspondendo a 93% do total de casos notificados, assim indicando que a maioria dos pacientes possuíam seis ou mais lesões cutâneas. Esse dado acaba sendo preocupante, pois é na forma multibacilar que a cadeia de transmissão do *M. leprae* continua a ocorrer, servindo de alerta por ser considerada a forma contagiosa da doença e potencialmente incapacitante.

Esse mesmo gráfico pode demonstrar o esquema terapêutico, já que para o tipo paucibacilar são administrados 6 doses de PQT/PB, e para o tipo multibacilar 12 doses de PQT/MB, sendo assim esse último o esquema terapêutico que prevalece nos casos notificados da doença.

Segundo Lana et al. (2004) a maioria dos casos no Vale do Jequitinhonha-MG são de formas multibacilares, representando 74,2% do total, enquanto as paucibacilares apenas 25,8%. Esses dados possuem concordância com esse estudo, evidenciando a forma multibacilar com relação à paucibacilar.

O gráfico 07 demonstra que ao analisar a distribuição dos casos segundo a forma clínica há uma diferença expressiva nos valores de casos de hanseníase dimorfa e virchowiana com relação aos casos de hanseníase tuberculóide. A do tipo

dimorfa representa 48% do total de casos notificados e a do tipo virchowiana 45%, enquanto a do tipo tuberculoide representa apenas 7% do total de casos notificáveis, não havendo casos patológicos do tipo indeterminada. Vale lembrar que as formas mais perigosas da doença são as formas dimorfa e virchowiana, onde o bacilo encontra-se em cadeia de transmissão.

No estudo realizado por Hinrichsen et al. (2004), na cidade de Recife-PE em 2002 revelou que apenas 13% do total de casos tinham a forma virchowiana, e 42% apresentavam a forma tuberculoide. Esses resultados diferem do presente estudo já que a forma tuberculoide foi a que teve menor incidência e a forma virchowiana foi uma das formas clínicas com predominância em União da Vitória-PR.

No momento da cura os pacientes são avaliados com relação ao grau de incapacidades em consequência da doença, nota-se no gráfico 08 que a maioria dos pacientes obteve a cura da Hanseníase sem incapacidades posteriores representando 59% do total de casos, os pacientes com grau I de incapacidades representam 21% e os de grau II apenas 7%. Com esses dados pode-se afirmar que a maioria dos casos foram diagnosticados precocemente, já que a grande razão das incapacidades geradas pela doença é o diagnóstico tardio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou a caracterização do perfil epidemiológico da Hanseníase no município de União da Vitória-PR, no período de 2009 a 2014. Apesar de em alguns anos a cidade não ter atingido a meta de eliminação de casos de Hanseníase estipulada pela OMS, no ano de 2014 nota-se que esta medida foi cumprida, não caracterizando mais a cidade como endêmica para esta patologia. Ainda, é possível afirmar que o setor de Vigilância Epidemiológica da cidade de União da Vitória tem cumprido suas metas de diagnosticar o mais rápido possível os novos casos, evitando assim que o paciente venha a desenvolver as incapacidades em consequência da doença e a transmitir o bacilo para outras pessoas.

Se por um lado, o coeficiente de detecção encontrado na população geral, o baixo número de casos em jovens e o resultado das avaliações de incapacidades no momento da cura, indicam uma baixa cadeia de transmissão do bacilo e eficiência da

Vigilância Epidemiológica com relação ao diagnóstico e na atenção as incapacidades, por outro lado, há um alto percentual de casos nas formas multibacilares, onde a cadeia de transmissão do *M. leprae* continua a ocorrer, servindo de alerta por ser considerada a forma contagiosa da doença, assim dizendo que os esforços do programa de controle não devem ser negligenciados.

Nessa busca pelo diagnóstico precoce vale ressaltar a importância do profissional que realiza o exame de baciloscopia, seja ele um Biomédico ou outro profissional qualificado para isso, já que esse exame realizado de forma correta e com todos os cuidados que lhe são exigidos pode fazer o diagnóstico preciso de algumas das formas de hanseníase.

Os achados deste estudo reforçam a necessidade da realização de pesquisas regionais, para se conhecer melhor a distribuição da doença a nível local, levantando aspectos que possam contribuir para ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, evitando as incapacidades e deformidades da hanseníase. Esse estudo deve possibilitar a construção de indicadores epidemiológicos seguros, que indiquem a real dimensão e a tendência da hanseníase no município, contribuindo para um efetivo programa de controle epidemiológico.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Evaldo Pinheiro; LANA, Francisco Carlos Félix. Análise espacial da Hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. , p.701-707, nov. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000700008&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 out. 2015.

ANDRADE, Ana Regina Coelho de; SCHREUDER, Linda Fayer Lehman Pieter Aloysius Maria; FUZIKAWA, Priscila Leiko. **Reações Hansênicas: Como reconhecer e tratar**. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. Coordenadoria Estadual de Dermatologia, 2005. 85 p. Baseado na obra: How to Recognise and Manage Leprosy Reactions de Paul Saunderson.

ARAÚJO, Marcelo Grossi. **Hanseníase no Brasil**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 36, n. 3, p.373-382, jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v36n3/16339.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria em Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase e Direitos Humanos: direitos e deveres dos**

usuários do SUS. -1ª. ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 72 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomos, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose** – 2 ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 200 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n.21).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase.**-1ª. ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 90 p.(Série Cadernos de Atenção Básica; n.10) - (Série A. Normas e Manuais Técnicos; nº 111).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. **SINAN Nº SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO: FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE.** 2007. Disponível em: <<http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/outros/fichas/HANSENIASE.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Registro ativo: número e percentual, Casos novos de hanseníase: número, coeficiente e percentual, faixa etária, classificação operacional, sexo, grau de incapacidade, contatos examinados, por estados e regiões, Brasil, 2014.** Sistema de Informação da Agravos Notificáveis/ SINAN. Brasília, 2014. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/27/Dados-2014---final.pdf>> Acesso em: 04 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 54 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_procedimentos_tecnicos_corticosteroides_hanseníase.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2015.

_____. Portal da Saúde SUS. Ministério da Saúde. **Hanseníase: Informações Técnicas.** 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/705-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/hanseníase/11295-informacoes-tecnicas>>. Acesso em: 26 abr. 2015.

_____. IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Paraná, União da Vitória:** infográficos: dados gerais do município. 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=412820&search;=uniao-da-vitoria>>. Acesso em: 25 out. 2015.

CAMPOS, Sandra Solange Leite et al. **Epidemiologia da hanseníase no Município de Sobral, Estado do Ceará-Brasil, no Período de 1997 a 2003.** Hansenologia Internationalis: Hanseníase e outras doenças infecciosas, Bauru, v. 30, n. 2, p.167-

173, 2005. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10698>. Acesso em: 28 mar. 2015.

DURÃES, Sandra Maria Barbosa et al. **Estudo de 20 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro**. Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 80, supl. 3, p.295-300, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962005001000006&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 mar. 2015.

GARCIA, Daniele Rodrigues et al. **Análise espacial dos casos de hanseníase, com enfoque à área de risco, em uma unidade básica de saúde no município de Cáceres (MT)**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.168-172, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2013000200011&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 mar. 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2002. 175 p.

HANSEL, Donna E.; DINTZIS, Renee Z.. **Patologia: Fundamentos de Rubin**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2007. 937 p.

HINRICHSEN, Sylvia Lemos et al. Aspectos epidemiológicos da hanseníase na cidade de Recife, PE em 2002. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p.413-421, jul. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v79n4/v79n04a03.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015.

KUMAR, Vinay et al. **Patologia: Bases Patológicas das Doenças**. 8. ed. Rio de: Elsevier Editora Ltda., 2010. 1458 p.

LANA, Francisco Carlos Félix et al. Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte/MG - Período 92/97. **Hansenologia Internationalis**, Bauru, v. 25, n. 2, p.121-132, 2000. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10590>. Acesso em: 25 out. 2015.

_____. Detecção da hanseníase no Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais: redução da tendência epidemiológica ou problemas operacionais para o diagnóstico? **Hansenologia Internationalis**, Bauru, v. 29, n. 2, p.118-123, dez. 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah>.

xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=405174&indexSearch=ID&lang=p>. Acesso em: 25 out. 2015.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro; PEREIRA, Livia Helena de Moraes; NUNES, Altacílio Aparecido. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina**

Tropical, Uberaba, v. 43, n. 1, p.62-67, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n1/a14v43n1.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015.

MENDONÇA, Vanessa Amaral et al. **Imunologia da hanseníase**. Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 83, n. 4, p.343-350, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962008000400010>. Acesso em: 28 mar. 2015.

MOÇAMBIQUE. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde. **Manual de Baciloscopia da Tuberculose**. Maputo: Ministério da Saúde, 2012. 43 p. Disponível em: <http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/TB_Baciloscopia_Manual.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas)**. / Organização Mundial da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 70 p. Título original: Enhanced global strategy for further reducing the disease burden due to leprosy: 2011-2015: operational guidelines (updated). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_global_aprimorada_reducao_hanseníase.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2015.

Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2799>>. Acesso em: 04 maio 2015.

PARANÁ. Governo do Estado do Paraná. Secretaria da Saúde. **Hanseníase**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2799>>. Acesso em: 04 maio 2015.

PINHO, João Renato Rebello; ANDRADE JÚNIOR, Heitor Franco de; SCHENBERG, Ana Clara Guerrini. **Vacinas contra a hanseníase**. Hansenologia Internationalis: Hanseníase e outras doenças infecciosas, Bauru, v. 23, n. 2, p.53-58, 1998. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10532>. Acesso em: 05 maio 2015.

RIGHES, Antônio Carlos Minucci et al. **Manual de normas técnicas: Estilo e estrutura para trabalhos acadêmicos**. 2. ed. União da Vitória: UNIGUAÇU (Unidade de Ensino Superior Vale do Iguaçu), 2007. 74 p.

ROMÃO, Edilson Ribeiro; MAZZONI, Alessandro Mendonça. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Guarulhos, SP. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz, v. 3, n. 1, p.22-27, abr. 2013. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/3344/2644>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA (Brasil). **Hanseníase**. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/doencas/hanseníase/>>. Acesso em: 05 mar. 2015.

FATORES ASSOCIADOS AO BAIXO PESO AO NASCER: REVISÃO DE LITERATURA

Larissa Tyszka
Ivonilce Venturi¹
Marly Terezinha Della Latta²
Lina Claudia Sant'Anna
Loreni Maria Rosenscheg³
Marcos Joaquim Vieira⁴

RESUMO: O peso ao nascer é a primeira medida de peso do feto ou do recém-nascido, sendo o baixo peso ao nascer o recém-nascido que atingiu entre 1,500g a 2,499g. O recém-nascido de baixo peso tem maiores taxas de mortalidade e morbidade infantil. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura descrevendo os fatores associados entre o baixo peso ao nascer e os relacionados à gestação. Foram consultadas as principais bases de dados científicos, bem como, livros relacionados a área.

Palavras-chave: Baixo peso ao nascer. Recém-nascido. Fatores gestacionais.

ABSTRACT: Birth weight is the first measure of fetal or newborn weight, with the low birth weight of the newborn being between 1,500g and 2,499g. Low birth weight newborns have higher rates of infant mortality and morbidity. The objective of this study was to perform a literature review describing the associated factors between low birth weight and those related to pregnancy. The main scientific databases were consulted, as well as books related to the area.

Keywords: Low birth weight. Newborn. Gestational factors.

1 INTRODUÇÃO

Define-se o peso ao nascer (PN) como a primeira medida de peso do feto ou do recém-nascido atingida após o seu nascimento, sendo considerado com baixo peso ao nascer (BPN) o recém-nascido que atingiu entre 1,500g a 2,499g. Pode ser classificado também de acordo com sua idade gestacional que é a duração da gestação medida a partir do primeiro ciclo menstrual normal, podendo ser expressada em dias ou semanas completas, sendo pré-termo, termo e pós-termo (BRASIL, 2017).

¹ Graduada em Nutrição. Mestre em Ciência da Nutrição. Doutora em Ciências Farmacêuticas. Docente nas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

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

⁴ Graduado em Farmácia. Mestre em Desenvolvimento Regional. Docente das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

Bebês considerados pré-termo são aqueles com nascimento antes de estarem completamente desenvolvidos (premature) e já os pequenos para idade gestacional (PIG) sofreram um crescimento insuficiente no útero e não se desenvolveram (WHITNEY; ROLFES, 2008).

Os fatores biológicos que estão associados à ocorrência do BPN são à gestação na adolescência por não ter atingido a maturidade (Metello et al., 2008) ocorrendo risco materno e neonatal como resultado de complicações obstétricas (Sass et al., 2011), desnutrição materna estando o peso materno durante a gestação relacionado ao peso no nascimento (Francisqueti et al., 2012) e à hipertensão ocorrendo diminuição do fluxo sanguíneo (WHITNEY E ROLFES, 2008). O consumo de álcool e o tabagismo na gestação também influenciam no BPN (FRANCISQUETI et al., 2012).

O BPN tem sido considerado fator de risco para inúmeros problemas na infância, adolescência e na vida adulta, estudos epidemiológicos e experimentais oferecem fortes evidências de que os efeitos da programação interferem na gênese de doenças futuramente, sugerindo assim, que o BPN é uma importante variável em relação à ocorrência da obesidade e dos processos que estão ligados à síndrome metabólica, como diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias, hipertensão e doenças cardiovasculares (SANTOS; OLIVEIRA, 2011).

Este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre os fatores associados ao BPN.

2 PESO AO NASCER

O peso é a medida antropométrica que mais se utiliza para a avaliação nutricional do recém-nascido (RN) e das crianças e está intimamente relacionado ao crescimento. Ao nascimento o peso pode variar de acordo com a idade gestacional e em função da quantidade de água corpórea total (Brock, Falcão, 2008). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995) os recém-nascidos (RN) são classificados de acordo com o seu PN sendo: peso adequado igual ou maior que 2.500g e BPN menor que 2.500g. Segundo Engstrom (2005) o primeiro diagnóstico

nutricional é feito a partir do nascimento, retratando as condições do crescimento intrauterino podendo refletir os problemas nutricionais ocorridos durante sua gestação.

De acordo com Kanaka-Gantenbein et al. (2003, p.152), “são atribuídos a fatores genéticos 38% da variação do peso de nascimento, e os 62% restantes, a fatores não genéticos. Dos fatores não genéticos, metade depende de variáveis maternas e a outra metade, de causas desconhecidas”.

Para uma melhor compreensão das condições nutricionais do nascimento, além do peso, pode também usar outro indicador, a idade gestacional, ou seja, o tempo transcorrido entre a concepção e o parto, calculado pela diferença da data do parto com a da última menstruação (DUM), sendo classificado como: pré-termo quando nasce com menos de 37 semanas, a termo quando nasce entre 37 e 42 semanas e pós-termo quando nasce com mais de 42 semanas (ENGSTROM, 2005).

3 BAIXO PESO AO NASCER

Crianças com BPN possuem maior risco de desnutrição e morbimortalidade desde os primeiros anos de vida, podendo apresentar sequelas no desenvolvimento físico e intelectual, acarretando dificuldade de aprendizagem. Às diferenças entre pré-termo e pequeno para a idade gestacional (PIG) e que as causas de BPN se diferem nos casos de crianças pré-termo, pois neste caso o bebê não conseguiu ganhar peso, em vista do nascimento antes da data prevista (em razão de fatores diversos, que muitas vezes não são relacionados à nutrição de mãe-filho) e, com grande chance teria alcançado o peso adequado se completado as 37 a 42 semanas de gestação. Já em crianças a termo, com BP, teria ocorrido um retardo do crescimento intrauterino (RCIU), como sinal de uma má nutrição materna (também são classificados como PIG) (ENGSTROM, 2005).

Segundo Maia e Souza (2010, p.736) “a alta proporção de BPN, encontrada nos países em desenvolvimento, tem sido principalmente a bebês com RCIU [...]”. A definição clássica de RCIU é em função do peso e da idade gestacional e refere ao RN que o PN é abaixo do percentil 10 para sua idade gestacional (Brock, Falcão, 2008). O BPN pode estar relacionado com má nutrição da mãe e com várias outras

condições, que envolve: fumo/outras drogas na gestação, hipertensão materna, doenças infecciosas crônicas, intervalo entre partos menor de dois anos, gestação múltipla, partos cesáreos indicados antecipadamente, entre outras condições.

No Brasil está ocorrendo uma diminuição pela metade das taxas de mortalidade infantil, mas, por outro lado, houve uma elevação duas vezes maior nas taxas de mortalidade neonatal (crianças entre zero a 28 dias de vida). Os determinantes desse aumento são a prematuridade e o BPN (Araújo, Tanaka, 2007).

4 PREMATURIDADE

Demartini (2016) afirma como prematuro o RN com idade gestacional abaixo de 37 semanas (menos de 259 dias completos de gestação) e como prematuro extremo, aquele nascido com idade gestacional abaixo de 28 semanas (menos de 196 dias completos de gestação). Os fatores de risco para a ocorrência da prematuridade, são o BP materno pré-gestacional, extremos da idade materna, história prévia de natimorto, tabagismo na gravidez, ganho de peso materno insuficiente, hipertensão arterial, sangramento vaginal, infecção do trato geniturinário, cinco ou menos consultas de pré-natal, distress (aflição) materna, baixa escolaridade e trabalhar em pé (SILVEIRA et al., 2008).

Segundo Lamônica e Picolini (2009), o desempenho das áreas de desenvolvimento de crianças que apresentam um atraso por conta da prematuridade, observou que a faixa dos seis a doze meses as áreas mais atrasadas foram as áreas da linguagem e do autocuidado e já na faixa dos doze aos vinte e quatro meses as áreas mais atrasadas foram da linguagem, cognição e autocuidado. A fragilidade dos RN prematuros contribui para riscos, agravos e sequelas com diferentes consequências e interveniências no processo de seu desenvolvimento e crescimento infantil.

5 GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Fonseca e Parizzi (2003) descrevem que as razões pelas quais os recém-nascidos de mães adolescentes apresentam BPN, se deve ao somatório de

problemas como a imaturidade fisiológica e emocional (da própria adolescente), ao grande consumo calórico do corpo ainda em crescimento, às irregularidades no hábito alimentar, ao abandono social e à violência que a jovem está submetida. Mães adolescentes devem certamente ganhar mais peso do que as mães adultas para conseguir um aumento semelhante no peso do seu RN (MONTEIRO, TRAJANO, BASTOS, 2009).

Costa e Santos (2009) afirmam que as adolescentes que engravidam mais próxima da menarca (4 primeiros anos), antes da maturidade fisiológica, pior é o seu prognóstico, pois ocorre situação de risco nutricional em razão das necessidades de energia e nutrientes para o seu próprio crescimento e para as demandas da gravidez. O programa de pré-natal para as adolescentes tem efeito benéfico sobre o peso do RN indiretamente, por conta de aumentar o ganho de peso materno e prolongar a gestação (ROEDER, 2009).

Fonseca e Parizzi (2003) acrescentam além dos fatos já citados, que a maioria das adolescentes que engravidam estão em uma categoria sócio-econômico-cultural pouco favorecida, também apresentam com frequência transtornos psicossociais desencadeados pela gravidez precoce (tentativa de aborto, abandono do parceiro e/ou família, sentimento de discriminação, depressão, entre outros) e começam o pré-natal tardio.

Em um estudo realizado por Metello et al. (2008) em Lisboa, Portugal, com o objetivo de comparar o parto e seguimento da gravidez de adolescentes e não-adolescentes, foram analisados 10.656 partos do hospital terciário da região e concluiu-se que e as adolescentes que engravidaram antes dos 16 anos tiveram mais partos pré-termo entre a 34^a e a 37^a semanas e um maior número de RN de BPN. Também observou-se que apesar das adolescentes iniciarem o pré-natal tardio e realizarem menos consultas, elas realizaram mais partos normais e como consequência menos cesarianas.

Estudo realizado no ambulatório de Obstetrícia da USP com 558 gestantes adolescentes, avaliou o estado nutricional de gestantes adolescentes por meio do índice de massa corpórea (IMC) pré-gestacional e no final da gestação e sua associação com tipo de parto e peso do RN, concluíram que as adolescentes que

terminaram á gestação desnutridas tiveram maior número de RN de BP (FURLAN et al., 2003).

Carniel et al. (2006) realizaram um estudo com o objetivo de descrever o perfil das mães e seus RN e apontar os fatores de risco para a gravidez na adolescência, analisaram as Declarações de Nascidos Vivos (DN) das mulheres moradoras de Campinas, SP, e obtiveram como resultado que as gestantes adolescentes em comparação com as adultas, tinham condição econômica mais desfavorecida, pior nível de instrução, hábitos alimentares poucos saudáveis, menos trabalho remunerado, gestações anteriores, gravidez indesejada e não tinham companheiro fixo.

6 GESTAÇÃO TARDIA (IGUAL OU SUPERIOR A 35 ANOS)

Dildy et al. (1996) descrevem a relação da gravidez em mulheres com idade superior a 35 anos a um maior risco obstétrico, por conta da própria senescência ovariana quanto também à frequência aumentada de doenças crônicas em mulheres nesta faixa de idade. Já em mulheres grávidas com idade superior a 45 anos, a literatura descreve que há maior frequência de complicações pré-gestacionais, como a hipertensão arterial e diabetes mellitus, e complicações gestacionais, como anormalidades genéticas, diabetes gestacional, maior incidência de cesariana e macrossomia fetal.

Mulheres com gestação tardia foi observado a ocorrência maior de abortos espontâneos e induzidos, um maior risco para mortalidade perinatal, baixa vitalidade do RN, BPN, parto pré-termo e fetos PIG (DELPISHEH et al., 2008). Ocorre risco aumentado de mortalidade materna, principalmente por pré-eclâmpsia, placenta prévia, hemorragia pós-parto, embolia pulmonar por líquido amniótico entre outras complicações puerperais (JOLLY et al., 2000). Apresentam também elevado índice de nascimento pré-termo, BPN e o boletim de Apgar no quinto minuto menor que sete o índice (GRAVENA et al., 2013).

7 DESNUTRIÇÃO MATERNA

as mulheres desnutridas ou que ganharam peso insuficiente durante a gestação, apresentam volume plasmático menor, ocorrendo uma diminuição no fluxo placentário e, portanto, o transporte de nutrientes e oxigênio é menor para o feto. Esse quadro reflete em um menor peso e no tamanho da placenta, além de um menor conteúdo do ácido desoxirribonucleico (DNA) (VITOLLO, 2008).

A ingestão de macro e micronutrientes são fatores determinantes do estado nutricional, porém caso a gestante não receba uma oferta energética adequada pode existir uma competição entre mãe e feto, ocorrendo um limite de disponibilidade de nutrientes necessários para o adequado crescimento fetal (MELO et al., 2007).

Vitolo (2008) descreve o BPN como uma das principais consequências da desnutrição materna, o impacto deste quadro na saúde da criança envolve prejuízos como o desenvolvimento neurológico do feto, deficiência imunológica, sequelas no crescimento pós-natal, além da produção de enzimas e das funções de órgãos como rim, pulmão e fígado.

Segundo Fonseca e Parizzi (2003) os indicadores da má nutrição materna, como o baixo peso antes da gravidez, baixo ganho de peso na gravidez, baixa estatura, inadequada ingestão calórico-protéica, sugerem um aumento do risco de nascimento das crianças PIG. Exceto a baixa estatura materna, as outras condições podem ser tratadas pela suplementação alimentar.

8 TABAGISMO NA GESTAÇÃO

Conforme Vitolo (2008) o impacto do uso do tabaco durante a gestação afeta o crescimento fetal e aumenta o risco de prematuridade e mortalidade perinatal, devido aos efeitos do monóxido de carbono e da nicotina que atravessam a placenta e reduzem em cerca de 10% o transporte de oxigênio para o feto.

Para Whitney e Rolfes (2008), fumar durante a gravidez pode danificar o desenvolvimento intelectual e comportamental da criança em sua vida mais tarde. Relatam que as mulheres fumantes tendem a comer alimentos menos nutritivos durante sua gestação do que as não fumantes, o que prejudica ainda mais o desenvolvimento fetal. As autoras também defendem a existência de uma relação

positiva entre a Síndrome da morte súbita do lactente (SMSL) com o tabagismo durante a gestação e com a exposição pós-natal à fumaça passiva.

A maioria dos trabalhos e meta-análises sugerem uma forte relação entre o tabagismo durante a gestação e ao maior efeito sobre fetos com BPN, fetos PIG e de parto prematuro, apesar da idade mais jovem das mulheres fumantes. Portanto, o tabagismo permanece como um dos poucos fatores passíveis de prevenção associados ao baixo peso, parto prematuro e morte perinatal, principalmente nas camadas socioeconômicas menos favorecidas (VIEGAS, 2007).

9 CONSUMO DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO

Para Silva et al. (2011, p. 865) “o BPN está fortemente relacionado aos hábitos maternos nocivos, sobretudo o consumo de bebidas alcoólicas”. Moraes e Reichenheim (2007) mostram que à maior risco de malformações, do aborto espontâneo, BPN, da prematuridade, asfixia e da mortalidade perinatal, além dos diversos problemas físicos e mentais como resultado da Síndrome do Alcoolismo Fetal. Conforme Freire et al. (2005) o álcool que a mãe ingere durante sua gestação atravessa a barreira placentária e o seu feto fica exposto a esta substância presente em seu sangue.

No estudo realizado por Silva et al. (2011) na cidade de Pelotas, RS, com 957 gestantes que realizaram o acompanhamento do pré-natal no SUS da cidade, com o objetivo de analisar a associação entre o abuso de álcool durante a gestação e BPN, concluíram que 2,1% abusaram do álcool na gestação e, entre elas, 26,3% tiveram filho com BPN.

10 HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ

Para Whitney e Rolfes (2008), além das ameaças que a hipertensão já traz como o ataque cardíaco e o derrame, a pressão sanguínea alta também aumenta os riscos de ter um bebê com BPN ou as chances de ter uma separação da placenta da parede do útero antes do nascimento, resultando assim em um bebê natimorto.

De acordo com Vitolo (2008) a pré-eclâmpsia ocorre com maior frequência no último trimestre, e está associada a sintomas como tontura, cefaleia, distúrbios visuais, dores no abdômen superior, vômitos, edema de face e mãos. As causas de pré-eclâmpsia ainda não estão bem esclarecidas, mas suspeita-se que a produção excessiva de hormônios placentários e supra-renais, além do desequilíbrio na síntese de substâncias vasodilatadoras (PG1 e óxido nítrico) e vasoconstritoras (endotelina e fator ativador de plaquetas). A base do problema é a menor perfusão placentária e que a partir delas várias substâncias são liberadas da placenta para o organismo materno, gerando uma disfunção endotelial que dá origem a hipertensão e a proteinúria, além do aumento da produção de substâncias pró-oxidantes e perda dos antioxidantes.

Whitney e Rolfes (2008) relatam que a pré-eclâmpsia afeta os órgãos da mãe, uma vez que os sistemas circulatório, hepático, renal e cerebral estão envolvidos. Também ocorre uma diminuição no fluxo sanguíneo pelos vasos que fornecem o oxigênio e os nutrientes para a placenta, por esse motivo que a pré-eclâmpsia retarda o crescimento fetal.

11 PROGRAMAÇÃO METABÓLICA OU IMPRINTING METABÓLICO

As primeiras experiências nutricionais de um indivíduo em um certo período crítico de seu desenvolvimento podem acarretar efeito duradouro durante sua vida, combinando determinadas doenças crônicas na fase adulta. Tanto a privação nutricional quanto a alimentação excessiva na gestação podem apresentar problemas futuros e sofrer com o *imprinting* metabólico (ALMEIDA, 2012).

Segundo Balci, Acikel e Akdemir (2010) nos últimos anos, o PN tem sido foco de estudo devido á sua relação positiva com o desenvolvimento, a médio e longo prazos, de alguns processos como obesidade, coronariopatias, hipertensão, diabetes tipo 2 e dislipidemias, caracterizando um cenário de origem fetal dessas doenças no adulto, onde o indivíduo desenvolve uma “programação” a essas doenças que podem ser percebidas desde a infância, da adolescência e/ou na fase adulta.

A programação dos sistemas endócrino e cardiovascular ocorre durante o desenvolvimento fetal e podem ser afetadas pelo RCIU, indicando que os eventos que acontecem no período pré-natal, período de maior sensibilidade e desenvolvimento do feto em relação ao ambiente, podem afetar tardiamente a variabilidade fenotípica (CLARIS, BELTRAND, LEVY-MARCHAL, 2010).

A desnutrição gestacional tem profunda ligação com a programação do feto no desenvolvimento da obesidade pois ocorre um armazenamento da dieta de alta densidade energética, alterando o metabolismo da glicose, produção de insulina e das funções hepáticas. O feto se programa através do hipotálamo, para reduzir a necessidade de nutrientes em face à restrição, influenciando o hormônio do crescimento fetal e na disposição às patologias derivadas da obesidade. Quando o indivíduo é exposto a um fornecimento de energia alimentar sem restrição após uma desnutrição fetal ou pós-natal imediato, provoca uma diferenciação permanente dos sistemas regulatórios, resultando em uma acumulação excessiva de energia, e como consequência de gordura central (FONSECA, 2015).

Martin-Gronert e Ozanne, (2010) verificaram o mecanismo de ligação entre nutrição precoce e o risco aumentado de diabetes tipo 2 e obesidade e encontraram que a restrição materna em modelos animais conduziu ao BPN e o desenvolvimento de diabetes tipo 2 tardia. Isso parece estar associado a disfunção das células Beta do pâncreas e à resistência à insulina. Este processo tardiamente estabelece um *link* com a expressão de componentes chaves da cascata de sinalização da insulina nos músculos e nos adipócitos, similar ao que é observado em tecidos dos adultos jovens com histórico de BPN. Estas diferenças tendem a ocorrer antes do desenvolvimento da doença e podem representar marcadores moleculares de restrição de crescimento precoce e de riscos às doenças.

Kaneshi et al. (2007), observaram que em crianças com BPN o aumento de peso foi alvo de investigação para a presença de aterosclerose na infância e no início da adolescência. Em crianças japonesas, de 07 a 12 anos de idade, o BPN também foi associado ao aumento de aterosclerose coronariana, pois os componentes metabólicos foram associados com a concentração sérica de lipídios, lipoproteínas, ácido úrico, glicose, adiponectina e insulina. A adiponectina foi uma variável

fortemente prevista para o aumento de colesterol/lipoproteína. Entretanto, a velocidade de ganho de peso foi mais determinante para os níveis séricos, do que apenas o BPN. Estes dados reforçam a importância do controle de peso para a prevenção do desenvolvimento de aterosclerose coronariana especialmente em crianças com histórico de BPN.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a revisão realizada foi possível observar que a prevalência de BPN está relacionada a fatores maternos como: idade maior que 30 anos, ser solteira, ter baixa escolaridade, sem ocupação em relação a trabalho e também não ter tido filhos anteriormente. Foi observado através dos artigos uma possível relação entre o BPN e o tipo e duração do parto sendo mais frequente em parto do tipo cesáreo e com duração de gestação entre 37 e 41 semanas.

O BPN causa impacto tanto no crescimento e desenvolvimento como também na qualidade de vida da criança; uma vez que o BPN é um fator de risco para mortalidade infantil e risco para o desenvolvimento de outras doenças futuramente. A vigilância materna torna-se de extrema importância para amenizar o nascimento de um bebê com BPN, uma vez que uma adequada qualidade nutricional durante o período da gestação juntamente com o correto acompanhamento do pré-natal são os fatores ideais para o adequado desenvolvimento e crescimento do recém-nascido.

Porém, uma vez ocorrido o BPN, os serviços de saúde devem dar prioridade a uma adequada assistência a essas crianças, por conta da sua maior fragilidade, necessitam de uma atenção especial e adequado acompanhamento para uma correta vigilância a sua saúde, tratamento e recuperação de qualquer problema relacionado ao seu BPN.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, E. B. **Relação entre o tempo de aleitamento materno exclusivo e o IMC aos 6,7,8 e 9 anos de idade.**2012. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Doenças Metabólicas e Comportamento Alimentar, Universidade de Lisboa, Portugal, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt>. Acesso em: 28 mar. 2017.

ARAÚJO, B. F.; TANAKA, A. C. D. Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.12, p. 2869-2877, 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org>. Acesso em: 27 mar. 2017.

BALCI, M. M.; ACIKEL, S.; AKDEMIR, R. Low birth weight and increased cardiovascular risk: fetal programming. **International Journal of Cardiology**, v.144, n.1, p.110-111, 2010. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com>. Acesso em: 08 mar. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br>. Acesso em: 06 mai. 2017.

CARNIEL, E. F. et al. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, v.6, n.4, p. 419-426, 2006. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br>. Acesso em: 26 mar. 2017.

CLARIS, O.;BELTRAND. J.; LEVY-MARCHAL, C. Consequences of intrauterine growth and early neonatal catch-up growth. **Seminars in Perinatology**, v.34, n.3, p.207-210, 2010. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com>. Acesso em: 08 mar. 2017.

COSTA, R. S. S., SANTOS, F. S. Nutrição da Gestante Adolescente. **Gravidez e Adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter, 2009.

DELPISHEH, A. et al. Pregnancy late in life: a hospital-based study of birth outcomes. **Journal of Women's Health**, v.17, n.6, p.965-970, 2008. Disponível em: <http://online.liebertpub.com>. Acesso em: 11 mar. 2017.

DEMARTINI, A. A. C. **Crescimento de crianças nascidas prematuras**. 2016. Tese (Doutorado) – Curso de Doutorado em Saúde da criança e do adolescente, Universidade Federal do Paraná, 2016. Disponível em: <http://acervodigital.ufpr.br>. Acesso em: 09 mar.2017.

DILDY, G. A. et al. Very advanced maternal age: pregnancy after age. **Am J. Obstet. Gynecol.**, v.175, n.3, p.668-674, 1996. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com>. Acesso em: 11 mar. 2017.

FONSECA, J. G. M.; PARIZZI, M. R. Nutrição na Gestante e na Nutriz. In: TEIXEIRA NETO, F. **Nutrição Clínica**. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

FONSECA, R. A. N. C. A desnutrição intrauterina e do recém-nascido como fatores de predisposição da obesidade. **Centro Universitário de Brasília – UniCEUB**, p.01-28, 2015. Disponível em: <http://repositorio.uniceub.br>. Acesso em: 08 mar. 2017.

FRANCISQUETI, F.V. et al. Estado nutricional materno na gravidez e sua influência no crescimento fetal. **Rev. Simbio-logias**, v.5, n.7, p.74-86, 2012. Disponível em: <http://186.217.46.3>. Acesso em: 13 mar. 2017.

FREIRE, T. M. et al. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. **Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia**, v.27, n.7, p.376-381, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/>. Acesso em: 04 mar. 2017.

FURLAN, J. P. et al. A influência do estado nutricional da adolescente grávida sobre o tipo de parto e o peso do recém-nascido. **Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia**, v.25, n.9, p.625-630, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 26 mar. 2017.

GRAVENA, A. A. F. et al. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta Paul. Enferm.**, v.26, n.2, p.130-135, 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net> Acesso em: 11 mar. 2017.

JOLLY, M., et al. The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. **Human Reproduction**, v.15, n.11, p.2433-2437, 2000. Disponível em: <https://oup.silverchair-cdn.com>. Acesso em: 11 mar. 2017.

KANAKA-GANTENBEIN, C. et al. Endocrine-related causes and consequences of intrauterine growth retardation. **Annals New York Academy of Sciences**, v.997, n.1, p.150-157, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf>. Acesso em: 05 mar. 2017.

KANESHI, T. et al. Birthweight and risk factors for cardiovascular diseases in Japanese schoolchildren. **Pediatrics International**, v.49, n.2, p.138-143, 2007. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com>. Acesso em: 08 mar. 2017.

LAMÔNICA, D. A. C.; PICOLINI, M. M. Habilidades do desenvolvimento de prematuros. **Rev. CEFAC**, v.11, n.2, p.145-153, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf>. Acesso em: 26 mar. 2017.

MAIA, R. R. P.; SOUZA, J. M. P. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em município do norte do Brasil. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano**, v.20, n.3, p.735-744, 2010. Disponível em: www.periodicos.usp.br. Acesso em: 09 mar. 2017.

MARTIN-GRONERT, M. S.; OZANNE, S. E. Mechanisms linking suboptimal early nutrition and increased risk of type 2 diabetes and obesity. **The Journal of Nutrition**, v.140, n.3, p.662-666, 2010. Disponível em: <http://jn.nutrition.org>. Acesso em: 08 mar. 2017.

MELO, A. S. O. et al. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.10, n.2, p.249-257, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf>. Acesso em: 13 mar. 2017.

METELLO, J. et al. Desfecho da gravidez nas jovens adolescentes. **Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia**, v.30, n.12, p.620-625, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>?. Acesso em: 26 mar. 2017.

MONTEIRO, D. L. M.; TRAJANO, A. J. B.; BASTOS, A. C. **Gravidez e Adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter, 2009.

MORAES, I. B. **Fatores de risco para peso insuficiente ao nascer**. 2001. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Pediatria, Faculdade de Ciência Médicas da Universidade de Campinas, Campinas, 2001. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/>. Acesso em: 21 out. 2017.

ROEDER, E. C. Transtornos nutricionais na gestante adolescente. **Gravidez e Adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter, 2009.

SANTOS, S. P.; OLIVEIRA, L.M. B. Baixo peso ao nascer e sua relação com obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. **Rev. Ci. Med. Biol.**, v.10, n.3, p.329-336, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br>. Acesso em: 05 abr. 2017.

SASS, A. et al. Resultados perinatais nos extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v.32, n.2, p. 352-358, 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net>. Acesso em: 04 abr. 2017.

SILVA, I. et al. Associação entre o abuso de álcool durante a gestação e o peso ao nascer. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.5, p.864-869, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/> Acesso em: 04 mar. 2017.

SILVEIRA, M. F. et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.5, p.957-964, 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org>. Acesso em: 10 mar. 2017.

VIEGAS, C. A. A. **Tabagismo do diagnóstico à Saúde Pública**. Conselho Federal de Medicina, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

VITOLO, M. R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. 1ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

WHITNEY, E.; ROLFES, S. R. **Nutrição, vol. 2: aplicações**. 1 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

FUNÇÃO PERSONALIDADE: UM ESTUDO DE CASO

Felipe Antonio Gleden¹
Guidie Elleine Nedochetko Rucinski²
João Vitor Passuello Smaniotto³

RESUMO: Este estudo de caso tem por finalidade apresentar os resultados obtidos com sessões de psicoterapia ofertado a um paciente sob responsabilidade do acadêmico em estágio obrigatório em Práticas Clínicas I, II e III, no Serviço-Escola entre o período de 23/02/2017 a 19/03/2018. O sujeito de pesquisa refere-se à um paciente adulto, 40 anos, feminino, com demanda de luto patológico co-morbido ao Transtorno de Humor Bipolar Tipo-II. A partir de um método descritivo-indutivo considerando a influencia que as identificações objetivas quando fixadas em uma situação inacabada exercem enquanto habilidade de configurar a função personalidade na dinâmica das vivencias do sistema self e possíveis alterações no sistema de contato que culminam na psicopatologia atual, a intenção desde estudo é destacar a influencia que as identificações objetivas exercem na configuração da função personalidade e como elas afetam a dinâmica do sistema self e conseqüentemente alteram o sistema de contato da paciente em tela.

Palavras-chave: psicologia clínica; luto; gestalt-terapia; função personalidade;

ABSTRACT: This study aims to present the results obtained with sessions of psychotherapy offered to a patient under the responsibility of the academic in compulsory stage in Clinical Practices I, II and III, in the School Service between the period of 02/23/2017 to 19 / 03/2018. The research subject refers to an adult patient, 40 years old, female, with a demand for pathological mourning co-morbid to Bipolar Type-II Mood Disorder. From a descriptive-inductive method considering the influence that the objective identifications when fixed in an unfinished situation exert as an ability to configure the personality function in the dynamics of the experiences of the self system and possible changes in the contact system that culminate in the current psychopathology, the intention since study is to highlight the influence that the objective identifications exert in the configuration of the personality function and how they affect the dynamics of the self system and consequently alter the contact system of the patient on screen.

KEYWORDS: clinical psychology; mourning; gestalt-therapy; personality function.

1 INTRODUÇÃO

O caso aprestando é referente a um paciente adulto, 40 anos, feminino, com demanda de luto patológico co-morbido ao diagnóstico psiquiátrico fechado de Transtorno de Humor Bipolar Tipo-II, os atendimentos em tela foram realizados entre 2017 a 2018 sendo realizadas 33 sessões. Paciente relatava como queixa

¹ Graduando do curso de Psicologia, Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – Uniguaçu.

² Psicóloga, graduada pela Universidade do Contestado – PU (2006), Especialista em Psicologia Organizacional e do Trabalho (UnC- 2010), Responsável-Técnica pelo Serviço-Escola de Psicologia das Faculdades integradas do Vale do Iguaçu- Uniguaçu, supervisora de estágio clínico do curso de Psicologia e docente do curso de Psicologia das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu - Uniguaçu prof_guidierucinski@uniguacu.edu.br.

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.

inicial ter delírios e alucinações de ordem e comando que resultaram em um surto e uma tentativa de suicídio por enforcamento, no momento da anamnese a paciente apresentava sintomas como alucinação, delirium, dor de cabeça, humor deprimido, vontade de chorar, falta de energia, anedonia com tendência a permanecer na cama boa parte do dia na maioria dos dias e baixa autoestima fazendo uso do seguinte medicamento, informados pela própria paciente, amato 50mlg (1-0-1). Ao longo do tratamento a paciente relatou que sua medicação foi alterada duas vezes, a primeira com um acréscimo para 100mlg (1-0-1) e a segunda alteração com um decréscimo para 75mlg (1-0-1). No ultimo atendimento a paciente demonstrava discurso e atitude queixosa, humor deprimido, com sentimentos de culpa e nulidade, com ideias potencialmente suicidas incluindo o planejamento, a cabo. Desta forma, os atendimentos foram interrompidos quando o acadêmico responsável pelos atendimentos, levando a situação exacerbada às supervisões de estágio clínico, e em conjunto com a supervisora de estágio decidiram em orientar paciente e família a buscar reavaliação de médico psiquiátrica e atendimento de equipe especializada em serviço multidisciplinar – CAPS devido à gravidade dos sintomas.

A atual pesquisa acontecerá sobre o viés do método descritivo-indutivo, com natureza de pesquisa aplicada, tratando-se de uma abordagem qualitativa, de cunho exploratório em um estudo de caso (GIL, 2002; SOUZA; ILKIU, 2016).

O estudo vem com o intuito esclarecer ao leitor e futuro profissional psicólogo que poderá atuar na saúde mental a influência que as identificações objetivas quando fixadas em uma situação inacabada exercem enquanto habilidade de configurar a função personalidade na (dentro da) dinâmica das vivencias do sistema self e possíveis alterações no sistema de contato que culminam na psicopatologia atual (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1951; MÜLLER-GRANZOTO; MÜLLER-GRANZOTO, 2007; MÜLLER-GRANZOTO; MÜLLER-GRANZOTO, 2012).

Realizar-se-á o dialogo entre os achados clínicos descobertos ao longo do processo psicoterapêutico e o arcabouço teórico da Gestalt-terapia com o objetivo geral de destacar a influencia que as identificações objetivas exercem na configuração da função personalidade e como ela afeta o sistema de contato e alteram a dinâmica do sistema self da paciente em tela. Os objetivos específicos compõem a explanação sucinta do relato verbal da experiência vivencial da

paciente, com a apresentação da Gestalt-terapia, enfocando a Função Personalidade e os reflexos da teoria na vivência da paciente.

2 METODOLOGIA

A atual pesquisa acontecerá sobre o viés do método descritivo-indutivo, com natureza de pesquisa aplicada, tratando-se de uma abordagem qualitativa, de cunho exploratório em um estudo de caso. A pesquisa caracterizada com o método descritivo-indutivo porque os dados advém da experiência prática que o autor teve durante as sessões de psicoterapia com a paciente em tela, sua utilidade perpassa por gerar conhecimentos de aplicação prática direcionada a resolução de um problema típico, assume o status de qualitativa por seus dados terem sido retirados do universo da psicoterapia que propicia a vinculação do pesquisador com o universo do sujeito da pesquisa que facilita a interpretação dos fenômenos em destaque por intermédio de conceitos básicos, consiste em exploratória por envolver o levantamento bibliográfico e a vivência prática com o problema pesquisado sendo um estudo de caso pela característica de permitir um amplo e detalhado conhecimento sobre a dinâmica da problemática pesquisada (GIL, 2002; SOUZA; ILKIU, 2016).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A paciente relatava como queixa inicial ter delírios e alucinações de ordem e comando que resultaram em um surto e uma tentativa de suicídio por enforcamento com um fio de luz. Contou que tudo começou a com morte de seu filho de cinco anos quando estava no tratamento oncológico-pediátrico por conta de um tumor renal, há aproximadamente 17 anos. O quadro da doença atual intensificou-se a partir de 2013 quando a paciente rompeu temporariamente o casamento e passando a residir em outro município, onde realizou uma tentativa de suicídio por afogamento, após esta tentativa a paciente inicia tratamento psiquiátrico e psicoterapêutico no CAPS. No momento da anamnese a paciente apresentava sintomas como alucinação, delirium, dor de cabeça, humor deprimido, vontade de chorar, falta de energia,

anedonia com tendência a permanecer na cama boa parte do dia na maioria dos dias e baixa autoestima. Na fase inicial do tratamento a paciente fazia uso, segundo informações repassadas pela própria paciente, de amato 50mg (1-0-1), tioridazina 25mg (1-1-2), ramipril 5mg (1-0-0), longactil 25mg (1-0-1), maxsapra 20mg (1-0-0), pantoprazol 40mg (1-0-1), fluoximida 40mg (1-0-0) e clonazepan 15gts (0-0-1). A hipótese diagnóstica que vinha sendo investigada era um processo de enlutamento ainda não elaborado que desencadeou em co-morbidade o Transtorno de Humor Bipolar Tipo II.

Sob orientação da Responsável Técnica (RT) e Supervisora dos atendimentos e com auxílio do arcabouço teórico da Gestalt-Terapia (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1951), foi possível identificar como demanda, que a paciente fazia uso da confluência como o mecanismo de evitação de contato, caracterizado pela dificuldade em identificar as sensações e as percepções emergidas de sua experiência pregressa (RODRIGUES, 2000; MÜLLER-GRANZOTO; MÜLLER-GRANZOTO, 2007) expresso nas recusas em realizar as tarefas de casa que tinham como objetivo despertar percepções e sensações deste passado, quando ocorriam confrontações de suas ideias, pensamentos e valores. Desse modo os efeitos observados durante a prática autoriza o clínico a desenvolver a interpretação de que a paciente ao generalizar como recusa do enfrentamento dos dados atuais da realidade entrava em um processo tendencioso a recordar histórias e fantasiar períodos onde seu filho permanece vivo (MÜLLER-GRANZOTO; MÜLLER-GRANZOTO, 2012). Essas observações preliminares justificavam a utilização deste recurso como forma de tratamento para as questões emocionais.

A confluência ocorre no início do ciclo de contato, mais precisamente a partir de um repouso anterior, entrando em contato com novas sensações, sendo a etapa que da início, quando não interrompida, a percepção de até aonde vai o eu e onde inicia o mundo, ou seja, é a etapa que inicia a diferenciação do ser no mundo. As sensações também são os primeiros registros e, quando o ciclo é interrompido nesta etapa, temos um nível de descontato muito profundo. (RIBEIRO, 2000).

Na confluência ocorre um bloqueio de toda e qualquer assimilação do excitação inibido, com ausência do fundo da experiência pregressa da paciente e também de co-dados que compõem a realidade, culminando na dessensibilização

do sistema self na fronteira de contato. Este bloqueio atua de duas formas, uma referente ao organismo e outra aplicada ao meio (MÜLLER-GRANZOTO; MÜLLER-GRANZOTO, 2007).

Do ponto de vista do organismo (“O”), ela se apega aos hábitos, pensamentos e afetos mais arcaicos, como aqueles que aconteceram muito antes da situação inacabada que está sendo efetivamente requisitada na fronteira de contato. Por outras palavras, ela se apega, no caso em tela, aos excitamentos espontâneos assimilados antes do “evento 2”. Mais do que isso, por meio desse apego, ela tenta evitar que nada de novo aconteça (MÜLLER-GRANZOTO; MÜLLER-GRANZOTO, 2007, p.269).

Cabe nesta citação esplendida um desmembramento em duas partes, a primeira referente aos hábitos, pensamento e afetos arcaicos que estão muito além da situação inacabada (MÜLLER-GRANZOTO; MÜLLER-GRANZOTO, 2007), aqui recorremos a Rodrigues (2000) que atenta para a situação do abuso sexual em crianças que compreende uma das particularidades no tratamento de crianças ou adultos que se alienam das próprias sensações, fato que vai ao encontro da experiência da paciente que durante uma sessão relatou que aos 8 anos de idade foi abusada sexualmente por seu cunhado enquanto pernoitava na residência de sua irmã mais velha, com relação aos sentimentos deste episódio a paciente relatou sentir muito nojo, raiva, ódio e traída pela irmã que soube do abuso e não fez nada além de continuar casada. Rodrigues (2000) ainda continua seu debate sobre os abusos sexuais argumentando que existe uma concordância entre os autores da Gestalt-terapia de que há um risco de crianças abusadas sexualmente desenvolverem algum gênero de psicopatologia grave.

Outro ponto a ser debatido aqui refere-se à situação inacabada em si que denota ao quadro da psicopatologia atual, ou seja, como a assimilação é apagada do fundo de passado, não permitindo a atualização, especificamente no caso da paciente em tela o ponto ao qual não é atualizado é a morte do filho, estando este presente nas situações atuais da paciente e em alguns episódios fantasiar a vida do filho no momento presente, assim sua identificação objetiva que permanece presente e mantendo-a como uma situação inacabada é a identificação objetiva da maternidade. O que cabe ressaltar é que a função personalidade reside em uma fixação na maternidade perdida há tempos que não se atualiza impedindo a

elaboração do luto e sendo a causa da psicopatologia atual (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1951).

Do ponto de vista da interação com os dados na fronteira (meio “M”): porquanto o objetivo é impedir que eles sejam alimentados por qualquer excitação que advenha do fundo, especialmente pelo excitação inibido, a inibição reprimida desenvolve uma atitude de paralisia muscular, por cujo meio rejeita que os hábitos antigos (aos quais se apegam) sejam preenchidos por novos núcleos significativos (novas tensões materiais) (MÜLLER-GRANZOTO; MÜLLER-GRANZOTO, 2007, p.269-270).

Com relação ao posicionamento do casal Müller-Granzoto e Müller-Granzoto (2007) sobre a tentativa de impedir que a admissão de excitações a consciência que poderiam ter o potencial de colocar em questionamento a identificação objetiva da maternidade da paciente, em dois momentos ao longo das 33 sessões foi possível visualizar de modo bastante explícito a inibição reprimida desenvolvendo uma atitude de paralisia muscular, o primeiro momento é referente quando a paciente foi confrontada com uma técnica que consiste na tarefa de escrever em algumas laudas “quem eu sou”, “quem eu gostaria de ser” e “o que eu deveria fazer para ser quem eu quero ser” que a paciente logo no início da sessão realizou um processo de paralisia muscular que perdurou por toda a sessão. O segundo momento data da última sessão realizada quando a paciente após demonstrar indícios não verbais e verbais que indicavam uma ciclagem rápida do Transtorno de Humor Bipolar Tipo-II e o reaparecimento de ideias suicidas com planejamento, foi confrontada sobre a real possibilidade de ser reavaliada por médico psiquiatra e o medo de ser encaminhada por este profissional para internamento, a paciente teve um desmaio súbito seguido de um episódio de pseudoepilepsia necessitando de atendimento ambulatorial (MIOTO; LUCIA; SCAFF, 2012).

Este quadro clínico apresenta uma configuração que demonstra que a confluência utilizada pela paciente faz com que o sistema self abra mão dos dados atuais da realidade em prol de uma identificação objetiva passada que jamais poderá ser roubada, ou seja, o mecanismo de evitação de contato tem a função de impedir que a paciente questione de modo consciente o fato de não mais ter seu filho presente e com isto iniba qualquer excitação e também qualquer assimilação de novos dados que possa conduzi-la a um eventual movimento que o faça questionar

sua identificação objetiva. Indo ao encontro do que afirma Perls, Hefferline e Goodman, 1951, p. 252:

Neutóricamente, a atitude presente – não reconhece em absoluto a nova tarefa – é um apego à inconsciência, como se estivéssemos nos apegando a um comportamento consumado para obter satisfação, e como se a nova excitação fosse roubá-lo; mas naturalmente, já que esse outro comportamento foi consumado e é costumeiro, não há nenhuma satisfação consciente nele, mas somente uma sensação de segurança. O paciente cuida para que nada de novo aconteça, mas não há nenhum interesse ou discernimento no que é antigo. Os exemplos arquetípicos são o aleitamento ou o apego ao calor e ao contato corporal inconscientes, que não são sentidos, mas cuja falta nos paralisa.

Com esta configuração que o sistema self mantém-se alienado por possibilidade que não são “suas” são dos semelhantes à função do self denominada “personalidade” reconhece um duplo de si mesma. Implicando em uma satisfação parcial ou uma liberação parcial, às vezes da ansiedade, as vezes dos excitamentos antigos (MÜLLER-GRANZOTO; MÜLLER-GRANZOTO, 2007). Para Perls, Hefferline e Goodman (1951) este processo é denominado de “histeria”, todavia, a palavra histeria é destinada a uma espontaneidade aleatória, com ausência de controle da função de ego, ou seja, sem poder deliberar pela escolha e em que o self que flui com os semelhantes. Dessa experiência, o self apenas assimilar um sentimento vazio, acarretando em possibilidades que não são sentidas como suas.

Com relação ao trabalho com o luto Perls, Hefferline e Goodman, 1951, p.166 sinalizam que ele deve adotar estes parâmetros:

[...] um ser amado morre; existe um conflito pesaroso entre aceitação intelectual, por um lado, e desejos e memórias, por outro lado; o homem comum tenta se distrair, mas o homem superior obedece ao sinal e se empenha no sofrimento, recorda o passado, observa seu presente irremediavelmente frustrado; ele não consegue imaginar o que fazer agora que tudo deixou de ter sentido; o luto, a confusão e o sofrimento são prolongados, porque há muito a ser destruído e aniquilado e muito a ser assimilado, e durante esse período ele não deve se dedicar a seu trabalho sem importância, suprimindo de maneira deliberada o conflito. Por fim, o trabalho com luto se completa e a pessoa está mudada, e adota um desinteresse criativo; imediatamente outros interesses tornam-se dominantes.

Pode ser observado que após a redução do medicamento amato de 100mlg (1- 0-1) para 75mlg (1-0-1) ocorreu uma frequência maior e mais intensa das ciclagens do transtorno da paciente com o reaparecimento das ideações suicidas incluindo planejamento, contudo, não se pode afirmar que a redução da medicação

foi o gatilho para estes episódios. Foi orientado que a paciente retornasse ao médico para reavaliação.

4 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que no caso clínico de enlutamento não elaborado descrito foi observada a fixação da função personalidade na identificação objetiva da maternidade (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1951), com uso do mecanismo de evitação de contato confluência (RODRIGUES, 2000) impedem a atualização das experiências pregressas que possibilitem o questionamento de tal identificação (MÜLLER-GRANZOTO; MÜLLER-GRANZOTO, 2012), assim a situação inacabada que é mantida pela confluência e pela identificação objetiva de maternidade, mantém o sistema self alienado e incapaz de se atualizar, se reescrever (MÜLLER-GRANZOTO; MÜLLER-GRANZOTO, 2007).

Também, deve-se frisar que os resultados aqui destacados, embora tenham sido obtidos após o aprofundamento do clínico no sistema self da paciente, ainda trata-se de um caso com um sujeito único de pesquisa, necessitando que os parâmetros da atual pesquisa sejam reeditados e reescritos em outras pesquisas sobre o tema, para que com um maior número de pesquisas que apontem para resultados semelhantes aos encontrados na presente pesquisa possam apontar para à generalização e assim auxiliar a prática clínica da Psicologia.

5 REFERÊNCIAS

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

MÜLLER-GRANZOTO, Marcos José; MÜLLER-GRANZOTO, Rosane Lorena. **Fenomenologia e gestalt-terapia**. São Paulo : Summus, 2007.

MÜLLER-GRANZOTO, Marcos José; MÜLLER-GRANZOTO, Rosane Lorena. **Psicose e sofrimento**. São Paulo : Summus, 2012.

MIOTTO, Eliane Correa; LUCIA, Mara Cristina Souza de; SCAFF, Milberto.(Org.) **Neuropsicologia e as interfaces com as neurociências**. 2. ed. – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

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

PERLS, Frederick; HEFFERLINE, Ralph; GOODMAN, Paul. 1951, **Gestalt-terapia**, São Paulo: Summuns, 1997.

ROGRIGUES, Hugo Elidio. **Introdução à gestalt-terapia: conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica**. Petrópolis, RJ : Vozes, 2000.

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: Kaygangue, 2016.

GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: PERCEPTIVAS DA MULHER QUE VIVENCIA AS SINDROMES HIPERTENSIVAS ESPECIFICAS DA GESTAÇÃO (SHEG)

Rita de Cássia Golenia¹
Eliani Aparecida Winhar Krug²
Ivonilce Venturi³
Karina Sobota⁴
Marcos Joaquim Vieira⁵

RESUMO: A gestação de risco requer atenção redobrada e cuidados especiais, tanto da parte da paciente quanto da parte dos profissionais de saúde. A hipertensão na gravidez é uma das formas mais comuns de doença cardiovascular durante os anos reprodutivos. A contribuição do profissional de enfermagem e as percepções das gestantes frente à Doença Hipertensiva Específica da Gestação, agora chamada de Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação, foram o foco da presente pesquisa. O objetivo geral do estudo foi conhecer as percepções de gestantes do ambulatório de risco do CISVALI, durante o ano de 2017, frente ao diagnóstico da Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação. Como metodologia foi usada à pesquisa do tipo aplicada, exploratória, qualitativa, quantitativa e bibliográfica. A pesquisa foi realizada na cidade de União da Vitória – PR no ambulatório de alto risco da 6ª Regional de Saúde. A população envolvida no estudo foram 10 gestantes com diagnóstico médico de SHEG, independente de raça, religião, cor ou cidade onde reside. A coleta de dados foi realizada no período da manhã e da tarde durante 3 semanas, onde as pacientes assinaram um termo e responderam um questionário com perguntas fechadas, ressaltando nas perguntas a parte do conhecimento das gestantes sobre a síndrome em si. Os resultados apontaram que a falta de informação pode causar sérios danos tanto à gestante quanto ao feto, além de mostrar o aspecto positivo do acompanhamento com o profissional de enfermagem, reforçando nesse sentido a importância do profissional de enfermagem e equipe multidisciplinar nas orientações para estas pacientes, de modo que consiga alcançar maiores resultados no atendimento às gestantes de alto risco que desenvolveram a SHEG.

Palavras-chave: enfermagem; gestação de risco; SHEG

ABSTRACT: Risk gestation requires increased attention and special care, both on the part of the patient and on the part of health professionals. Hypertension in pregnancy is one of the most common forms of cardiovascular disease during the reproductive years. The contribution of the nursing professional and the perceptions of pregnant women in relation to the Specific Hypertensive Disease of the Gestation, now called the Specific Hypertensive Syndrome of Gestation, were the focus of the present research. The general objective of the study was to know the perspectives of pregnant women of the CISVALI, the year 2017, before the diagnosis of the Hypertensive Syndrome Specified of Pregnancy. As methodology was applied to applied research, exploratory, qualitative, quantitative and bibliographic. The study was carried out in the city of União da Vitória - PR in the high-risk clinic of the 6th Regional Health. The population involved in the study were 10 pregnant women with medical diagnosis of SHEG regardless of race, religion, color or city where they reside. Data collection was performed in the morning and afternoon for 3 weeks, where the patients signed a term and answered a questionnaire with closed questions, highlighting in the questions the part of the pregnant women's knowledge about the syndrome

¹ Acadêmica do 10º Período do curso de enfermagem das Faculdades Integradas o Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU

² Orientadora. Professora do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas o Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU

³ Graduada em Nutrição. Mestre em Ciência da Nutrição. Doutora em Ciências Farmacêuticas. Docente nas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

⁴ Graduada em Biomedicina. Mestre em Farmacologia. Docente 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.

itself . The results pointed out that the lack of information can cause serious damage to both the pregnant and the fetus, besides showing the positive aspect of the follow up with the nursing professional, reinforcing in this sense the importance of the nursing professional and multidisciplinary team in the guidelines for these patients, so that it the majority of the attendance to the pregnant women of high risk and development of a SHEG.

Keywords: nursing; gestation of risk; SHEG

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico que deve ser visto tanto pela equipe de saúde como pelas gestantes, como parte de uma experiência de vida saudável, quais envolve mudanças nos aspectos físico, social e emocional. Porém, em alguns casos, a gestação pode tratar-se de uma situação que implique riscos, tanto para a mãe quanto para o feto, pois, algumas gestantes, devido a particularidades apresentam maior probabilidade de evoluções desfavoráveis. Essas são classificadas como gestantes de alto risco (BRASIL, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2008), a Síndromes Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG), até meados de 2010 denominada Doença Hipertensiva Específica Gravidez (DHEG) tema do estudo, que envolve a gestação de alto risco, sendo essa uma patologia obstétrica que tem seu início após a vigésima semana gestacional, com mais frequência no terceiro trimestre, podendo estender-se até o puerpério.

A SHEG caracteriza-se pela elevação da pressão arterial, aparecimento de edemas e proteinúria, podendo culminar com convulsões e coma. A elevação pressão arterial na gravidez, é identificada quando ocorre aumento na pressão arterial sistólica (PAS) superior a 30 mmHg; e ou na pressão arterial diastólica (PAD) superior a 15 mmHg do valor normal apresentado pela gestante no inicio da gestação. Para confirmação da elevação da pressão arterial é necessário à confirmação após duas aferições, com intervalos de no mínimo 4 horas. Para isso é necessário que a gestante esteja em repouso, podendo estar sentada ou deitada em decúbito lateral esquerdo (QUEENAN, 2010).

Assim esta pesquisa pretende apresentar a descrição da patologia e buscar relacionar as atribuições do enfermeiro no acompanhamento de gestantes de alto

risco contribuindo com a saúde materno-fetal. E, é com essas colocações que justifica-se a elaboração dessa pesquisa, pautando-se que na área da enfermagem hajam estudos que direcionam assuntos para obstetrícia, porém, não foi encontrado estudos que visem identificar a percepção da gestante no pré-natal de alto risco, com SHEG. Assim, entende-se que a relevância para elaboração desta pesquisa possua vários aspectos, entre eles, para a gestante, que receberá orientações de enfermagem a partir se sua percepção frente a patologia e seus sinais e sintomas e, para o enfermeiro, que aprimora sua consulta, não baseando-se apenas nos aspectos físicos, mas também elabora cuidados de maneira globalizada envolvendo aspectos físico-psico-social.

Nesse sentido o objetivo geral dessa pesquisa foi conhecer as percepções das gestantes atendidas no ambulatório de alto risco do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu (CISVALI) durante o ano de 2017 frente ao diagnóstico da SHEG.

Para a realização da pesquisa foi utilizada a pesquisa aplicada, qualiquantitativa, exploratória, descritiva e de pesquisa de campo. Sendo a pesquisa realizada no Ambulatório de Alto Risco do CISVALI, localizado na cidade de União da Vitória no estado do Paraná, sendo essa escolha intencional devido a concentração de gestantes para as consultas no pré-natal de alto risco. Foram incluídas 10 gestantes diagnosticadas com SHEG, essas residentes no município de União da Vitória e região. A coleta de dados foi realizada a partir de um questionário elaborado pela pesquisadora e validado por três professores. Também a pesquisa passou pelo parecer do Núcleo de Ética e bioética das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu, sendo deferido pelo parecer Nº 2017/063; as participantes foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como houve parecer favorável pela gerencia do CISVALE para que a coleta de dados fosse realizada em suas dependências e posteriormente fosse possível divulgar os dados

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECIFICA DA GESTAÇÃO

A hipertensão na gravidez é uma das formas mais comuns de doença cardiovascular durante os anos reprodutivos. Entre todos os tipos encontrados, o que

mais chama a atenção dos profissionais da saúde é a que surge sempre na metade da gravidez e desaparece no término do estado gravídico, denominando-se de Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) (REZENDE 2000).

A SHEG é considerada uma doença multissistêmica, já que afeta diversos órgãos importantes, com a hipótese de que sua patogenia vem de origem imunológica o que provocaria implantação placentária anormal (SIBAI; REINOLDS; MABIE 2005 apud SILVA, 2007).

A etiologia da SHEG ainda é desconhecida, tendo então algumas teorias para explicar o seu desenvolvimento, atualmente são quatro que provavelmente atuam de forma conjunta. A mais aceita tem como base a implantação anormal da placenta devido a ausência da segunda onda de invasão trofoblástica, que ocorre no segundo trimestre. As outras incluem má adaptação imune, danos por estresse oxidativo e suscetibilidade genética (MEDCURSO, 2011).

Existem quatro categorias interligadas a SHEG (quadro 1) essas, podem estar relacionadas com a presença de hemorragias e infecções resultando em mortalidade e morbidade materna. Segundo Kenneth (2014) a etiologia do aparecimento e agravamento da hipertensão ainda é desconhecida:

Quadro 01 – Definições de SHEG

CATEGORIA	DEFINIÇÃO
Hipertensão gestacional	A pressão arterial (PA) \geq 140/90 mmHg se manifestando pela primeira vez durante a gestação, não presença de proteinúria neste período, a PA pode retornar ao normal antes de 12 semanas após o parto.
Pré-eclâmpsia	Surge após a 20 ^o semana de gravidez
Eclampsia	Está é caracterizada por ter ocorrências de mulheres com pré-eclâmpsia. Pode aparecer antes, durante ou pós parto, podendo ocorrer até 10 dias depois do trabalho de parto.
Pré eclampsia sobreposta a hipertensão crônica	Se há a doenças hipertensivas crônicas, seja qual for a causa tem predisposição ao desenvolvimento da pré-eclâmpsia e de eclampsia sobreposta. O manejo da doença é mais difícil se haver

	acompanhamento pré-natal só depois da segunda metade da gestação.
--	-------------------------------------------------------------------

Fonte: Kenneth (2014, p. 215)

Os Sinais e sintomas progridem e intensificam-se com a evolução da gravidez. A gestante poderá referir cefaleia intensa, vertigens, sonolência e obnubilação, distúrbios visuais e alterações do fundo de olho, manifestações renais como oligúria e alterações as gástricas como as náuseas, vômitos e dor epigástrica, retenção hídrica no espaço intersticial, que determina manifestações como de amortecimento das mãos, distensão da pele ao nível das pernas, que se caracteriza com aspecto de “casca de laranja”, cansaço fácil e deformação mais ou menos visível do nariz (REZENDE, 2000).

Aparecimentos de convulsões parecem ser ocasionados por fenômenos isquêmicos do sistema nervoso central, sendo raro uma mulher apenas com eclampsia não acordar depois de uma convulsão (MEDCURSO,2011)

A proteinúria é um sinal tardio nos distúrbios hipertensivos induzidos pela gravidez, estando associada ao aumento de risco de má evolução fetal. Assim, o exame de urina é parte vital do processo de rastreamento de distúrbios hipertensivos na gravidez (EKIN, 2005).

2.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Com a extrema importância do papel da enfermagem no cuidado, logo é a sua atuação é do mesmo e de preferência a sua integração nas equipes multidisciplinares constituídas para prestação dos cuidados ou tratamentos à doença hipertensiva específica da gravidez. Os cuidados deveram ser prescritos pelo enfermeiro para após a realização dos exames laboratoriais necessários e físico, onde o objetivo será estabelecer o bem-estar materno e fetal para que na hora do nascimento haja um recém-nascido saudável (BRASIL, 2010).

A pressão arterial deve ser aferida com a gestante sentada, com o braço no mesmo nível do coração. Se a pressão continuar mais elevada em um braço, o braço com os maiores valores deve ser usado para todas as medidas (BRASIL, 2012).

Podendo ocorrer sem aviso desenvolver os sintomas, assim o intuito dos cuidados de enfermagem passa para ter o diagnostico prévio da doença de modo a

prevenir as complicações mais graves para a mãe e para o feto. Na primeira consulta pré-natal se faz a cada mulher uma avaliação inicial para ter a percepção de possíveis fatores de risco na gravidez. A cada consulta e a mulher deve ser avaliada de todos os sinais e sintomas que possam estar surgindo ou a presença já de pré-eclâmpsia (RODRIGUES; DUARTE, 2013).

Orientar para mudança dos hábitos alimentares, sedentarismo, consumo de álcool, tabaco e entre outros, e depois analisar e determinar os fatores predisponentes para o desenvolvimento da hipertensão. São medidas simples, porém necessárias para ter o controle da hipertensão na gravidez, da mesma forma deve ter o reforço dessas orientações para o autocuidado da mesma, deverá ser feito com base no processo de enfermagem utilizado (entrevista, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação) (FREIRE; TEDOLDI, 2009).

Uma conduta importante a ser tomada também a monitorização fetal, é a contagem de movimentos fetal diariamente, avaliar o crescimento fetal e quantidade de líquido amniótico. A cardiotocografia basal (CTB) deve ser realizada se disponível e se a CTB for reativa, repetir semanalmente. Também a reavaliação materna e fetal deve ser imediata se ocorrerem mudanças abruptas nas condições maternas, redirecionando a conduta (BRASIL, 2010).

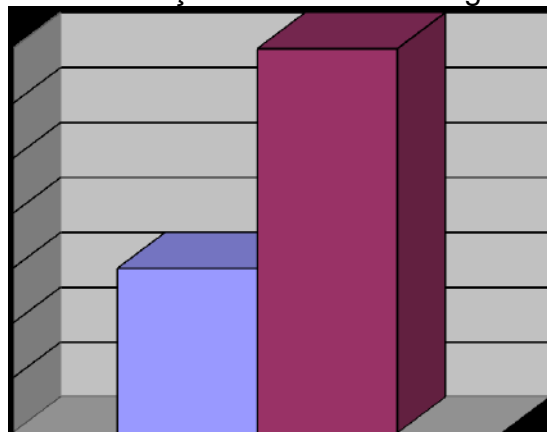
Na hospitalização, deve ser monitorado o agravamento da hipertensão ou o desenvolvimento da proteinúria tardias, com isso é necessária avaliação sistemática incluindo: exame detalhado, seguido de avaliação diária com objetivo de identificar sinais, como: cefaleia, distúrbios visuais e dor epigástrica; pesagem na admissão da paciente e durante o período em que estará internada até a hora do parto; análise da proteinúria na admissão; medições da pressão arterial na posição sentada, a cada 4 horas; avaliação do volume do líquido amniótico por meio de exames clínicos (KENETCH, 2014).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir dos dados coletados foi possível ter um apanhado geral da perspectiva da gestante perante a SHEG e dos problemas enfrentados por elas, contribuindo

assim, com uma especificidade maior no atendimento feito pelo profissional de enfermagem.

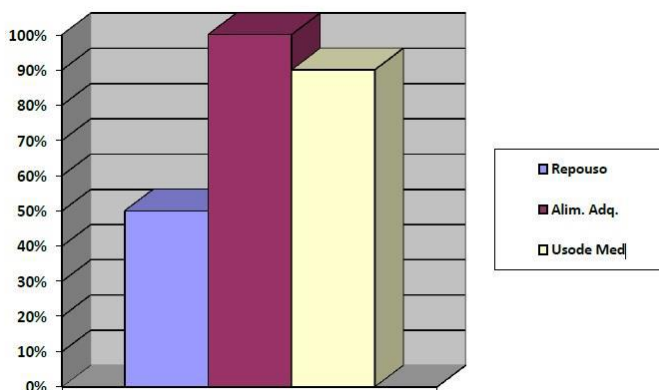
Gráfico 01 - Conhecimento das gestantes em relação à Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação ao receber o diagnóstico



Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Observa-se que entre as pacientes participantes 03 (n=10) tinham pleno conhecimento sobre a doença e 07 (n=10) não conheciam muito bem sobre a doença e suas complicações.

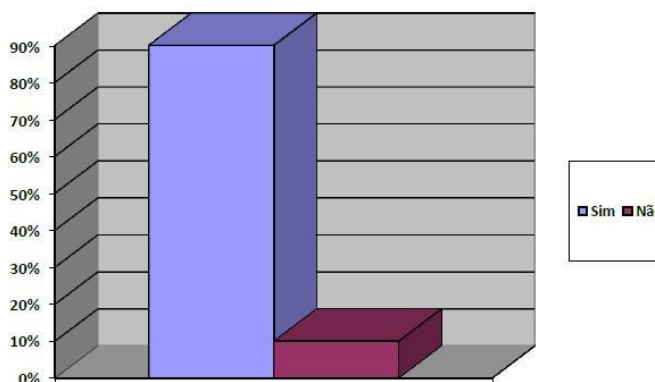
Gráfico 02 - Orientações sobre o que fazer perante a doença



Fonte: Dados da pesquisa (2017)

De acordo com o gráfico 02, todas as participantes tiveram as orientações perante a doença, onde 05 (n=10) foram orientadas sobre o repouso em decúbito lateral esquerdo em picos altos da pressão arterial, 10 (n=10) estão cientes de que devem ter alimentação adequada, com o corte do sal como item importante, 09 (n=10) foram orientadas quanto ao uso de medicamento anti-hipertensivo.

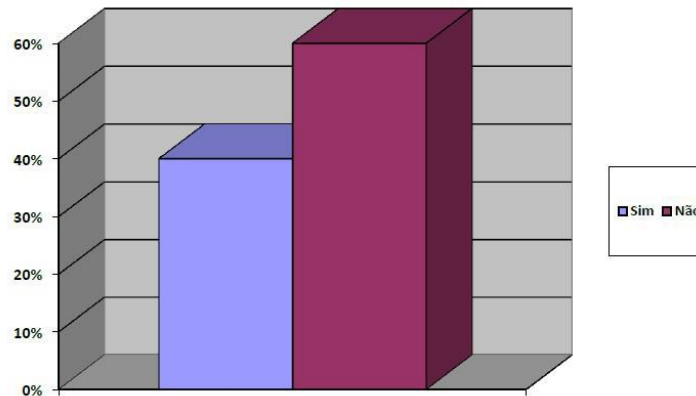
Gráfico 03 – Uso de medicamentos anti-hipertensivos



Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Conforme apresentado no gráfico 03, observa-se que entre as participantes 09 (n=10) fazem uso de medicamentos anti-hipertensivos e 01 (n=10) relatou não fazer uso de medicamentos, entre as que fazem uso de medicamento, todas usam metildopa. Uma única participante não faz uso pois a sua PA se manteve em estado que não precisou entrar com Interação medicamentosa.

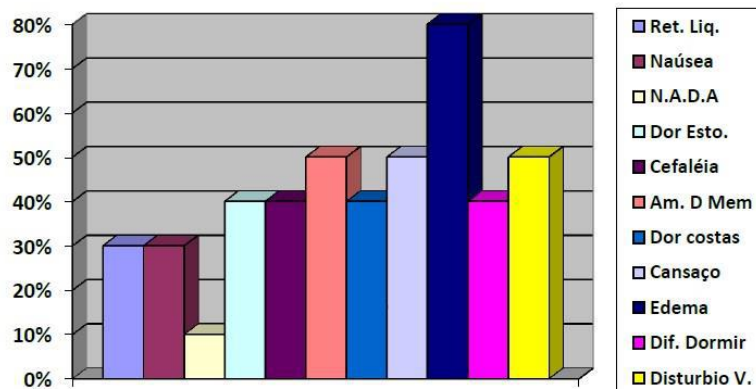
Gráfico 04 – Histórico de doenças progressas ou hipertensiva



Fonte: Dados da pesquisa (2017)

De acordo com o gráfico 04, observa-se que 04 (n=10) das participantes relata que tem algum outro tipo de doença, porém não relacionada a hipertensão, mas que desenvolveu durante a SHEG (porém não relataram qual doença), 01 (n=10) relata que desenvolveu anemia, 06 (n=10) não apresentam quadro de nenhuma outra doença progressiva ou que tenha desenvolvido por conta da SHEG.

Gráfico 05 – Sinais e sintomas relatados pelas gestantes



Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Conforme apresentado no gráfico 05, observa-se que entre as participantes 03 (n=10) tem retenção de líquido, 03 (n=10) sentem náuseas frequentes, 01 (n=10) não tem queixas de nenhum dos sintomas, 04 (n=10) sentem dor de estômago, 04 (n=10) tem dores de cabeça, 05 (n=10) tem amortecimento de membros, 04 (n=10) sentem

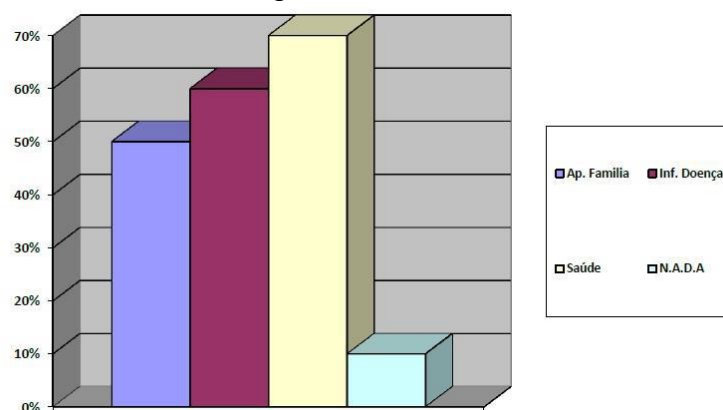
dores nas costas e 05 (n=10) cansaço fácil, 08 (n=10) apresentam edema, 04 (n=10) tem dificuldades para dormir e 05 (n=10) sofrem de distúrbios visuais.

Cuidar dos sintomas da gestante com hipertensão é de fundamental importância, uma vez que esta condição pode evoluir para pré-eclâmpsia.

Mulheres grávidas devem ficar atentas e procurar imediatamente ajuda de um profissional caso sintam os seguintes sintomas: dor de cabeça severa, problemas com a visão como: visão desfocada ou flashes, dores severas abaixo das costelas, vômito e inchaço repentino no rosto, mãos e pés. (CLINICAL GUIDELINE, 2010).

Sobre os sintomas relatados, as gestantes, principalmente aquelas que tinham mais de um sintoma, demonstraram estar satisfeitas com o acompanhamento prestado pela enfermeira, pois encontraram apoio e suporte para o melhoramento de suas condições. Relataram ainda que as dicas e informações ajudaram diretamente no alívio dos sintomas, dando ainda um pouco de tranquilidade, já que se sentiam amparadas física e psicologicamente.

Gráfico 06 - Informações e acompanhamento familiar e médico quando soube que era gestante de risco



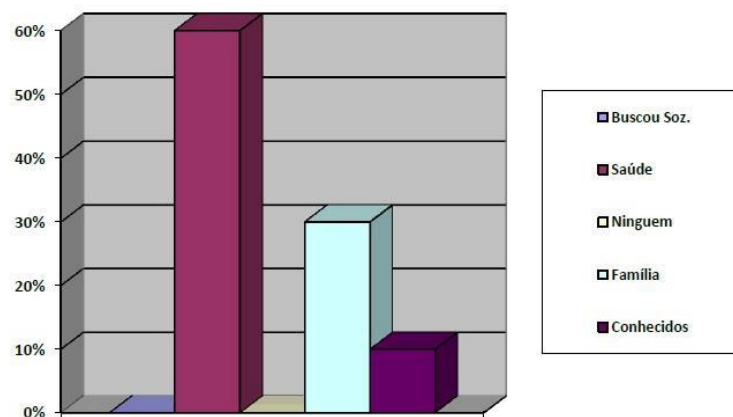
Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Conforme apresentado no gráfico 06, 5 (n=10) das gestantes tiveram apoio da família, 6 (n=10) tiveram todas as informações sobre a doença, 7 (n=10) disseram que

os serviços prestados pelo SUS estava de acordo e correto, e apenas 1 (n=10) respondeu que ainda não tinha tido nenhum tipo de apoio e/ou informações sobre a SHEG.

O apoio familiar e as informações corretas ajudam a gestante de alto risco a evitar a evolução da doença, além de tranquilizar seu estado emocional. E para que isso ocorra a gestante deve ter acesso à assistência do pré-natal devida.

Gráfico 07 – Informações sobre a doença



Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Conforme apresentado os dados no gráfico 07, algumas gestantes tiveram informação prévia básica sobre a doença, sendo que 03 (n=10) ouviram algo a respeito na família, 01 (n=10) através de conhecido, e 06 (n=10) apenas através dos serviços de saúde que presta toda uma atenção especial apenas para as gestantes de risco, dando todas as orientações possíveis e apoio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa foi desenvolvida mediante pesquisa bibliográfica, acompanhamento das gestantes em consulta e pesquisa de campo, a qual forneceu dados através entrevistas por meio de questionário aplicado às gestantes com diagnóstico de SHEG.

Conforme visto, através da pesquisa bibliográfica, é de suma importância que a gestante tenha ciência de seu quadro clínico para que possa tomar os devidos cuidados, e é desta forma que se dá a maior contribuição do profissional de

enfermagem, por meio de informações adequadas e orientações para melhorar as condições de vida da gestante com a SHEG.

O objetivo da pesquisa foi conhecer as percepções das gestantes do município de União da Vitória – PR durante o ano dois mil e dezessete frente ao diagnóstico da Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação, buscando conhecer as dificuldades relatadas pelas gestantes que enfrentam a SHEG, além de identificar as principais alterações provocadas pela doença e seu diagnóstico a fim de tentar contribuir, através de nossa formação e profissão, para o bem-estar das pacientes, amenizando os sinais e sintomas da patologia e, também, conversar e analisar individualmente cada caso.

Foi detectado, pelo questionário que 9 entre as 10 gestantes portadoras da SHEG fazem uso de medicamento anti-hipertensivo, além disso, foram identificadas as seguintes dificuldades e alterações apresentadas pelas gestantes com SHEG: dificuldades para dormir, mal-estar durante o dia, dores de cabeça, tonturas, edema, distúrbios visuais, dificuldades de deambulação, dor epigástrica, amortecimentos dos membros superiores e inferiores. Perante cada uma das queixas apresentadas pelas gestantes a enfermeira entrava com orientação e oferecimento de apoio.

Com base nos dados coletados e apresentados e no acompanhamento nas consultas pode-se verificar a percepção das gestantes em relação à doença, sabendo-se que elas apenas compreendem que são gestante de risco, porém, não sabem totalmente o que é a SHEG, tendo total apoio da equipe da saúde com as orientações necessárias. Assim entende-se ter atingido o objetivo do estudo.

Para o desenvolvimento da pesquisa foram encontradas algumas dificuldades, por exemplo: não foi possível manter o foco nas gestantes do município de União da Vitória, como era a delimitação da pesquisa, pois a maioria das gestantes eram de cidades vizinhas, por isso, também, não se pode conversar individualmente com as pacientes, pois vinham às consultas com pouco tempo e ao sair do atendimento médico, passavam pelo atendimento com a enfermeira e ainda tinham pela frente os atendimentos com a psicóloga e a nutricionista. Portanto, os questionários foram aplicados durante a consulta com a enfermeira, o que dificultou a possibilidade de mais informações e profundidade da pesquisa.

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

Frente aos resultados coletados e analisados, esta pesquisa contribuiu para a conscientização do profissional de enfermagem no acompanhamento das gestantes portadoras de doença de alto risco, que por sua vez, deve contribuir com informações úteis e importantes para as gestantes diagnosticadas com a SHEG, pois como vimos nas pesquisas bibliográficas, a falta de informação e cuidados pode levar ao agravamento da doença.

Através da tomada de conhecimento das dificuldades e das principais alterações enfrentadas pelas gestantes o profissional da enfermagem torna-se fundamental para amenizar o quadro clínico das gestantes através de informações e apoio, além de contribuir para o não agravamentos da patologia.

Além disso, novas pesquisas podem contribuir para o melhoramento do trabalho que já tem sido prestado pelo profissional da enfermagem, de modo que este consiga alcançar maiores resultados no atendimento às gestantes de alto risco que desenvolvem a hipertensão específica da gestação.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto risco**: manual técnico. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2017.

ENKIN, M. et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005.

FARIA, A. L. de. **Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG): ações preventivas de enfermagem**. 2013. 21 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade do Estado do Mato Grosso, Mato Grosso, 2013. Cap. 5. Mato Grosso, acesso em: 20 fev. 2017.

FREIRE, C. M. V; TEDOLDI, C. L. **Hipertensão arterial na gestação**. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001300017>. Acesso em: 20 fev. 2017.

KENETCH, L. **Manual de obstetrícia de Williams**: complicações na gestação. 23. ed. Porto Alegre: Amgh, 2014.

MEDCURSO: **Obstetrícia** Rio de Janeiro: Medyn, v. 4, 2011.

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

QUEENAN, J. T.. **Gestação de Alto risco:** Diagnostico e tratamento baseado em evidencias. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2010. 390 p. Sérgio H. Prezzi.

REZENDE, J. (2000). **Obstetrícia.** 9º Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

RODRIGUES, J. A. A; DUARTE, K. S. M. **Hipertensão na gravidez:** Importância do cuidados de Enfermagem no Período Pré-natal. 2013. 73 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade do Mindelo Escola Superior de Saúde Curso de Enfermagem, Mindelo, 2013. Cap. 3. Mindelo, acesso em: 20 fev. 2017.

SIBAI, B. M.. **Hipertensão Crônica na gravidez.** In: QUEENAN, J.T.. **Gestação de Alto risco.** 3. ed. São Paulo: Artmed, 2010. Cap. 5. p. 51-59

INDICADORES SOCIAIS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SEVERA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PORTO UNIÃO, SANTA CATARINA

Ana Paula Hupalo Sosa¹
Loreni Maria Rosenscheg²
Ivonilce Venturi³

RESUMO: Os indicadores sociais são meios utilizados para designar os países como sendo: ricos (desenvolvidos), em desenvolvimento (economia emergente) ou pobres (subdesenvolvidos). Com isso, organismos internacionais analisam os países segundo a: expectativa de vida; taxa de mortalidade; taxa de mortalidade infantil; taxa de analfabetismo; Renda Nacional Bruta (RNB) per capita, baseada na paridade de poder de compra dos habitantes; saúde; alimentação; condições médico-sanitárias; qualidade de vida e acesso ao consumo. Nesse sentido, este artigo pretende apresentar um estudo dos indicadores sociais voltados à área de saúde de Porto União-SC, demonstrando os casos atendimento quanto a hipertensão arterial severa em uma Unidade Básica de Saúde de Porto União.

Palavras-chave: Hipertensão. Indicadores Sociais. Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O tema proposto neste estudo abordou algumas características e concepções sobre os indicadores sociais de saúde, bem como de suas relações dentro de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Porto União, Santa Catarina. Para tal, é necessário contextualizar e apresentar, algumas características dos indicadores sociais de saúde em Porto União-SC, demonstrando sua importância como mais uma ferramenta nas Políticas Públicas do município (SANTAGADA, 2017).

Os indicadores sociais tiveram uma boa aceitação desde seu surgimento e estão inseridos no planejamento governamental da maioria dos países. No caso brasileiro, é relativamente recente o uso de indicadores sociais como instrumento de planejamento, pois a intenção de criar um sistema só ocorreu a partir de 1975. O aspecto social recebeu ênfase, em nível governamental, a partir de 1964, mas sem encontrar correspondência nos atos efetivos da política social vigente. Existia, no período, uma identificação do controle social com o planejamento social e, para Altmann (1981), o planejamento é utilizado ideologicamente em decorrência do desaparecimento da participação social de base.

¹ Graduada em Enfermagem. Especialização em UTI. Mestrado em Desenvolvimento Regional. Professora nas 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 Nutrição. Mestre em Ciência da Nutrição. Doutora em Ciências Farmacêuticas. Docente nas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis e condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. A busca de medidas do estado de saúde da população e uma atividade central em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Com os avanços no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes sociais, passou-se a analisar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contém informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador e um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer.

Definir e rever o foco dos indicadores sociais de saúde, partindo do pressuposto, de que eles podem se caracterizar como estratégia no intuito de promover as políticas públicas no Município de Porto União-SC, é o que se apresenta neste trabalho como objeto de estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

No início dos anos 1970, o crescimento econômico brasileiro foi bastante significativo, principalmente entre 1967 e 1973, período do milagre econômico. As taxas de crescimento econômico variaram entre 6% e 11% ao ano. Entretanto, isto

não acarretou uma melhoria da distribuição da renda e nem a diminuição da pobreza⁴ absoluta. Oliveira (1985) diz que, no Brasil ocorreu uma regulação keynesiana sem direitos sociais, forma distinta daquela verificada nos países avançados. O autor identifica o caso brasileiro como um “Estado de Mal-Estar”, onde existe crescimento econômico sem uma contrapartida em nível de participação democrática e de benefícios sociais⁵.

O governo brasileiro, no período entre 1975 e 1979, através do II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), reconheceu o agravamento da problemática social e propôs uma política de redução das desigualdades sócio-econômicas (SISTEMA REGIONAL DE INDICADORES SOCIAIS, 1980). Em 1974, foi criado o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) para conduzir a política social e, em 19 de maio de 1975, em cumprimento às diretrizes do II PND, o CDS propôs a:

Construção de um sistema de indicadores sociais e de produção periódica da informação necessária à sua alimentação, tentando consolidar e articular diversas metodologias, entre as quais aquela recomendada pela Organização das Nações Unidas (ONU), na série de documentos sob o título geral de *A System of Demographic and Social Statistics and its Link With the System of National Economic Accounts* (CONSELHO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 1975, p. 98).

O objetivo dos indicadores sociais era o de fornecer elementos para a elaboração e o acompanhamento do planejamento social⁶, sendo que a prioridade seria dada aos indicadores destinados a medir as variações nos níveis de bem-estar material, em especial dos grupos que estavam em situação de “pobreza absoluta” (CONSELHO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 1975). Com esse documento, pela

⁴ O debate sobre a pobreza no Brasil já figurava como preocupação temática das universidades e dos órgãos públicos desde o final dos anos 1960. A partir da crise e da estagnação econômica da década de 1970, os efeitos sobre o empobrecimento de diversos segmentos sociais compõem com maior frequência na literatura acadêmica e na agenda política.

⁵ Nos países pobres periféricos não existe o *Welfare State* nem um pleno Keynesianismo em política. Devido à profunda desigualdade de classes, as políticas sociais não são de acesso universal. A partir da Constituição de 1988, foram criadas condições para a ampliação e a extensão dos direitos sociais, bem como a universalização do acesso e a expansão da cobertura.

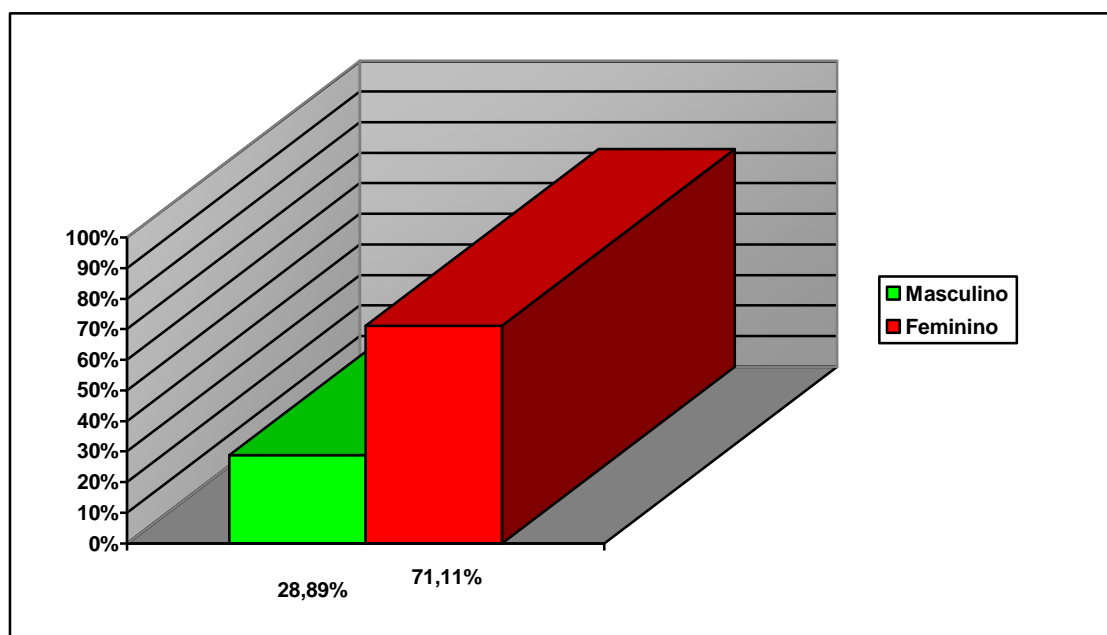
⁶ O acompanhamento institucional das políticas públicas é realizado pelo Instituto de Planejamento Econômico e Social (IPEA). A Universidade de Campinas (UNICAMP), através do seu núcleo de Estudos de Políticas Públicas, publicou, em 1986, o primeiro volume de um trabalho anual sobre a situação social do País. A partir dos anos 90 multiplicaram-se as entidades que investigam as políticas públicas: CUT Nacional/Observatório Social, IBASE/Observatório da Cidadania, UERJ/Laboratório de Políticas Públicas, PUCSP/Laboratório ES, UnB/Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas entre outros.

primeira vez, o termo “indicadores sociais” apareceu de forma oficial no Brasil. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ficou encarregado da organização e do funcionamento do Sistema de Indicadores Sociais. Em data anterior (1973), essa instituição já havia criado internamente o Grupo Projeto de Indicadores Sociais⁷.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dessa forma, os resultados apresentados demonstraram que os indicadores de hipertensão arterial severa em uma Unidade Básica de Saúde de Porto União-SC, cadastrados no Programa HiperDia possuem os seguintes dados:

Gráfico 1 – Relação do número de hipertensos na Unidade Básica de Saúde.



Fonte: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PORTO UNIÃO, (2017).

No Gráfico 1 observou-se que 28,89% (n=13) dos hipertensos são do sexo masculino e; 71,11% (n=32) são do sexo feminino. O número total de hipertensos é

⁷ O IBGE, através dos censos, propicia importantes subsídios aos órgãos de análise e planejamento econômico (Contas Nacionais) e dos Indicadores Sociais e, mantém pesquisas contínuas em indicadores sociais no seu Departamento de Estatísticas e Indicadores Sociais (DEISO).

de 45 pessoas. O período que compreende esses dados repassados pela Secretaria de Saúde do Município de Porto União-SC, foi de janeiro de 2017 até março de 2017.

Na Tabela 1 é demonstrado por idade a quantidade de hipertensos por sexo no período de 2017; ressalta-se que em 2017 o número de hipertensos foi de 3.852.

Tabela 1 – Número de pacientes por sexo e faixa etária em Porto União-SC com hipertensão.

IDADE	MASCULINO	FEMININO
15 a 19 anos	4	5
20 a 24 anos	9	18
25 a 29 anos	23	25
30 a 34 anos	23	53
35 a 39 anos	50	117
40. a 44 anos	78	183
45 a 49 anos	140	268
50 a 54 anos	175	334
55 a 59 anos	231	375
60 a 64 anos	238	338
65 a 69 anos	185	318
70 a 74 anos	140	247
75 a 79 anos	97	178
TOTAL	1393	2459

Fonte: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PORTO UNIÃO, (2017).

O impacto das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) na saúde das populações é crescente em todo o mundo. Aproximadamente 35 milhões de pessoas morreram em 2005 por esta causa, sendo 80% desses óbitos em países de média e baixa renda (WHO, 2005). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) configura-se como um dos agravos crônicos mais comuns e com repercussões clínicas mais graves. Estima-se que, em todo o mundo, 7,1 milhões de pessoas morram anualmente por causa de pressão sangüínea elevada e que 4,5% da carga de doença no mundo seja causada pela HAS. Entre as principais complicações da HAS, estão o infarto agudo do miocárdio (IAM), o acidente vascular cerebral (AVC) e a insuficiência renal crônica (IRC) (BRASIL, 2002).

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

No Brasil, as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de óbitos já há algumas décadas. Quanto à hipertensão, estudos de base populacional apontam prevalência nas cidades brasileiras variando entre 22% e 44% (adotando-se como critério pressão $\geq 140/90$ mmHg) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2012).

Dessa maneira, a HAS configura-se como importante problema de saúde pública no Brasil. Com o intuito de minimizá-la, no ano 2000 foi lançado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao *Diabetes mellitus* no Brasil. Diversas ações foram implementadas nos estados e municípios, como capacitações profissionais na atenção básica, pactuação de normas e metas entre as três esferas da gestão de saúde, atenção à assistência farmacêutica e dispensação de medicamentos de uso contínuo, e promoção de atividades educativas. Também foi criado o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia) (BRASIL, 2011).

Por meio desse sistema informatizado, tornou-se possível a descrição do perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados. Tal potencialidade, no entanto, pode ser mais explorada no país e agregada ainda aos indicadores de controle de hipertensão presentes no Pacto de Indicadores da Atenção Básica. A informação é uma importante ferramenta para gestores e planejadores de saúde na formulação e avaliação de políticas públicas.

O HiperDia é um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS), gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Além do cadastro, o sistema permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo que, a médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social (DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

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

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (PA) a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2017 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

No sentido de reorganizar os serviços, para o oferecimento de uma atenção continuada e qualificada aos portadores de DM e/ou HA, foi priorizado por este plano a confirmação de casos suspeitos; a elaboração de protocolos clínicos e treinamentos dos profissionais de saúde; a garantia da distribuição gratuita de medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e insulina NPH; e a criação de um Sistema Informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos denominado Sis-HIPERDIA, mais conhecido como HIPERDIA (CHAZAN; PEREZ, 2008).

A hipertensão arterial (HA) é, assim como o DM, um dos problemas de saúde pública mais importantes no Brasil, com alta prevalência (22% a 44%), incorrendo em elevado custo médico e social, sobretudo por suas complicações como doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doenças vasculares de extremidades. Dada a importância epidemiológica do DM e da HA e suas complicações, a disponibilização de tratamento e acompanhamento devem ser ações fundamentais dos programas de saúde. Os sistemas de informação em saúde, em geral, são instrumentos para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos ligados

a ela (JARDIM; LEAL, 2009).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se finalizar este estudo, observou-se que diante dos indicadores sociais de saúde pesquisados neste trabalho, o mesmo demonstra que um a qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados). O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua validade (capacidade de medir o que se pretende) e confiabilidade (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). Em geral, a validade de um indicador é determinada por sua sensibilidade (capacidade de detectar o fenômeno analisado) e especificidade (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado).

Outros atributos de um indicador são: mensurabilidade (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), relevância (responder a prioridades de saúde) e custo-efetividade (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos). Espera-se que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde.

Nesse sentido, os dados levantados pela Unidade de Saúde Básica do Município de Porto União-SC, além de prover matéria-prima essencial para a análise, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde no município, estimulando o fortalecimento da capacidade analítica das equipes de saúde e promovendo o desenvolvimento de sistemas de informação intercomunicados.

REFERÊNCIAS

ALTMANN, Werner. A temática dos indicadores sociais e sua resultante atual: a qualidade de vida. **Indicadores Sociais de Sergipe**, Aracaju, v.3, p.187-204, 1981.

BRASIL. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: programa de educação permanente em hipertensão arterial e diabetes

mellitus para os municípios com população acima de 100 mil habitantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus:** manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CHAZAN, Ana Claudia. PEREZ, Edson Aguilar. Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. **Revista APS**, v.11, n.1, p.10-16, Jan./Mar., 2008.

CONSELHO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Instituição do sistema de indicadores sociais**, 1975.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL VI. Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010.

JARDIM, Aline Danielle Lezzi; LEAL, Angela M. O. Qualidade da informação sobre diabéticos e hipertensos registrada no Sistema HIPERDIA em São Carlos-SP, 2002-2005. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.405-417, 2009.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores sociais no Brasil**. Campinas: Alínea, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807. Acesso em: 18 mar. 2014.

OLIVEIRA, Francisco de. Além da transição, aquém da imaginação. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n.12, Jun. 1985.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SANTAGADA, Salvatore. Indicadores sociais: uma primeira abordagem social e histórica. **Pensamento Plural**, Pelotas, n.1, Jul./Dez., p.113 -142, 2017.

SISTEMA REGIONAL DE INDICADORES SOCIAIS (SIRIS). **Indicadores sociais**. Recife: SUDENE/Coord. Planejamento, 1980.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo: BG Cultural, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prevenindo doenças crônicas:** um investimento vital. Geneve: WHO, 2005.

MANIFESTAÇÕES CARACTERÍSTICAS SISTÊMICAS EM PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO DE SÃO MATEUS DO SUL - PR

Bruna Pacheco Bueno
Karina Nicole Sobota¹
Loreni Maria Rosenscheg²
Ivonilce Venturienturi³

RESUMO: O Lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença crônica, de caráter autoimune, que apresenta diversas manifestações clínicas. É uma patologia multifatorial, sem causa definida e que possui uma ampla variedade de sinais e sintomas, dentre eles acometimentos cutâneos, articulares, renais, cardíacos, pulmonares, hematológicos e neurológicos. A prevalência de doenças autoimunes vem aumentando nas últimas décadas, por isso a importância de relatar uma patologia que está cada vez mais presente na sociedade. Assim, a presente pesquisa tem como objetivo geral determinar a frequência das manifestações clínicas características, utilizando-se de uma pesquisa aplicada em pacientes com LES, do sexo feminino, residentes da cidade de São Mateus do Sul – PR, com faixa etária entre 31 a 62 anos. Os objetivos específicos elencados foram: observar o grau de conhecimento dos pacientes em relação às manifestações da doença; analisar as manifestações do LES e sua prevalência nesses pacientes; e identificar as principais manifestações hematológicas através de análise de hemogramas. No âmbito da pesquisa, a manifestação articular foi a que prevaleceu, com 100% de aparecimento, seguido de tontura, que acometeu 83% dos pacientes, juntamente com as manifestações renais, que ocorreram em 75% dos entrevistados. Vários outros sintomas também foram relatados, bem como o aparecimento ou diminuição de características específicas, durante o decorrer da patologia. Como o Lúpus é uma doença crônica, sem cura e de difícil diagnóstico, destaca-se a dificuldade em caracterizar tal patologia, ainda mais considerando-se a variedade de sinais que a doença pode apresentar. Dessa forma, observa-se que a doença não é totalmente esclarecida, tornando-se necessário o aprofundamento de estudos sobre o referido tema, levando novas informações acerca da doença e suas manifestações.

Palavras chaves: Lúpus eritematoso sistêmico. Doenças autoimunes. Manifestações sistêmicas.

ABSTRACT: The Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic disease, autoimmune character, which presents several clinical manifestations. It is a multifactorial pathology, without a defined cause and which has a wide variety of signs and symptoms, including cutaneous, articular, renal, cardiac, pulmonary, hematological and neurological involvements. The prevalence of autoimmune diseases has increased in recent decades, therefore the importance of reporting a pathology that is increasingly present in society. Thus, the present study has as general objective to determine the frequency of clinical characteristics, using a survey applied in patients with SLE, female residents of the city of São Mateus do Sul - PR, aged between 31 and 62 years. The specific objectives listed were: observe the degree of knowledge of patients in relation to the disease manifestations; analyze the manifestations of SLE and its prevalence in these patients; and identify the main hematological manifestations through the analysis of hemograms. In the context of the research, the articular manifestation was that prevailed, with 100% of onset, followed by dizziness, which affected 83% of the patients, together with the renal manifestations, which occurred in 75% of the respondents. Several other symptoms have also been reported, as well as the appearance or reduction of specific characteristics, during the course of the disease. As Lupus is a chronic disease, without cure and is difficult to diagnose, highlights the difficulty in characterizing this pathology, even more so considering the variety of signs that the disease can present. In this way, it is observed that the disease is not fully clarified, making it necessary to the deepening of studies on this theme, bringing new information about the disease and its manifestations.

¹ Graduada em Biomedicina. Mestre em Farmacologia. Docente nas 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 Nutrição. Mestre em Ciência da Nutrição. Doutora em Ciências Farmacêuticas. Docente nas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

Keywords: Systemic lupus erythematosus. Autoimmune diseases. Systemic manifestations.

1 INTRODUÇÃO

O Lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença crônica, de caráter autoimune, que apresenta diversas manifestações clínicas, tornando-se um obstáculo à vida das pessoas. Sua frequência recai principalmente em mulheres, e sua etiologia aponta para a combinação de fatores genéticos, hormonais e ambientais (ARAÚJO; TRAVERSO-YÉPEZ, 2007).

O LES é uma doença caracterizada pela perda de controle contra agentes invasores, sendo afetada por várias alterações na resposta imune normal, com perda da tolerância para constituintes do próprio organismo (GALINDO; VEIGA, 2010).

A etiologia e patogênese do LES continuam pouco compreendidas, mas sabe-se que o LES é uma doença multifatorial, na qual ocorre uma interação entre fatores ambientais e genes de susceptibilidade que vão originar respostas imunes anormais que levarão ao desenvolvimento desta doença (FONSECA, 2009).

As manifestações clínicas podem aparecer isoladamente ou de forma consecutiva, principalmente nos primeiros cinco anos da doença, que é o período onde ocorre a preferência pelos locais de acometimento. A patologia possui uma ampla variedade de sinais e sintomas, dentre eles acometimentos cutâneos, articulares, renais, cardíacos, pulmonares, hematológicos e neurológicos (LIMA; SILVA, 2012).

A prevalência de doenças autoimunes vem aumentando nas últimas décadas, por isso a importância de relatar uma patologia que está cada vez mais presente na sociedade, possibilitando nova visão sobre a doença, redução da morbidade e mortalidade desses pacientes, informações referentes ao desenvolvimento da doença, do diagnóstico e tratamento (SOEIRO, et al., 2012).

O objetivo geral do estudo foi determinar a frequência das manifestações clínicas características em pacientes com Lúpus eritematoso sistêmico (LES), residentes na cidade de São Mateus do Sul – PR, e os objetivos específicos elencados foram observar o grau de conhecimento dos pacientes em relação às manifestações da doença; analisar as manifestações do LES e sua prevalência nesses pacientes e

identificar as principais manifestações hematológicas através de análise de hemogramas.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa aplicada de caráter quantitativa descritiva, através de levantamento de dados, utilizando questionário e exames laboratoriais. A pesquisa foi aplicada na cidade de São Mateus do Sul – PR, sendo escolhidos doze pacientes, do sexo feminino, moradores da cidade e com o diagnóstico da patologia. O presente estudo foi iniciado, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por todas as participantes da pesquisa. Foram excluídos pacientes que não possuíam a patologia, e pacientes do sexo masculino.

A coleta de dados inicial foi realizada através do questionário do tipo entrevista, com questões abertas e fechadas.

Em uma primeira visita aos participantes da pesquisa, a ideia central e os objetivos do trabalho foram explicados detalhadamente, mostrando a importância de falar sobre uma doença, que está inserida cada vez mais na nossa sociedade. Após essa conversa inicial, o questionário foi aplicado entre os dias 06/07/2017 à 25/07/2017, onde todas as dúvidas que surgiam durante a entrevista foram sanadas. Todas as respostas e histórias relatadas pelos pacientes foram anotadas de maneira fidedigna nos questionários.

Os pacientes foram informados sobre a disponibilização de um hemograma, em busca de possíveis alterações hematológicas, já que esta é uma das principais alterações observadas, em pacientes portadores da patologia. Com o aceite da maioria dos participantes, idas ao laboratório foram agendadas, e os pacientes foram encaminhados para o laboratório de análises clínicas, localizado na cidade de São Mateus do Sul – PR, para a realização do hemograma.

Toda a realização do exame foi terceirizada, desde a coleta até a liberação dos laudos. Os exames foram realizados no período dos dias 07/08/2017 a 04/09/2017. A coleta do material (sangue total) foi feita em tubo de EDTA, pois segundo Dalanh et al. (2010), a coleta para o hemograma deve ser realizada utilizando seringas e agulhas, ou tubos com vácuo, e que seja respeitado a relação sangue/anticoagulante, sendo o tubo com EDTA, o anticoagulante de melhor escolha, porque ele reage com

o cálcio plasmático através dos seus dois radicais ácidos, formando um quelato, interrompendo assim, a coagulação.

O método empregado para a realização dos exames foi o de impedância, além de uma contagem manual das células para confirmação.

Os laudos foram liberados pela Farmacêutica responsável da empresa e disponibilizados aos pacientes.

Diante de uma avaliação, o presente projeto foi aprovado junto ao NEB (Núcleo de Ética e Bioética, das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU), com número de protocolo 004/2017. Após a escolha dos participantes da pesquisa, foram esclarecidos a garantia na preservação da privacidade dos dados, da confidencialidade e do anonimato dos mesmos. A participação foi de livre vontade e sem nenhuma atividade remunerada, e os devidos participantes foram informados que poderiam desistir da pesquisa a qualquer momento.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A referida pesquisa teve como intuito determinar a frequência das manifestações do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) em pacientes portadores da patologia, e moradores da cidade de São Mateus do Sul - PR. Para tanto, foi aplicado um questionário inicial para levantamento destes dados e, após isso, realizado um hemograma em todos os participantes da pesquisa para analisar as manifestações hematológicas, visto que essa é uma das primeiras alterações que esses pacientes sofrem.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES ENTREVISTADOS

Segundo Borba et al. (2008), o Lúpus eritematoso sistêmico (LES) afeta principalmente mulheres em idade reprodutiva entre 20-45 anos de idade, embora possa ocorrer em ambos os sexos. A presente pesquisa contou com a participação de 12 mulheres, sendo que a faixa etária dos participantes variou entre 31 a 62 anos.

3.2 TEMPO DE DIAGNÓSTICO E QUALIDADE DE VIDA

De acordo com Freire, Souto e Ciconelli (2011), o LES é uma doença multissistêmica, de início lento e com uma apresentação clínica variável. O diagnóstico é feito através de onze critérios estabelecidos pelo Colégio Americano de Reumatologia, publicados em 1982, sendo muito difícil a sua confirmação na primeira avaliação médica.

Vianna, Simões e Inforzato (2009) defendem que o diagnóstico do Lúpus é realizado pela combinação de dados clínicos e laboratoriais, principalmente com a presença de autoanticorpos. Esse diagnóstico deve ser feito pelo médico reumatologista, pois os sinais clínicos não são específicos, e muitas vezes podem ser confundidos com outra patologia.

Todos os doze participantes da pesquisa possuem o diagnóstico do Lúpus Eritematoso Sistêmico confirmado, sendo que a média de idade da descoberta da doença foi de 36,1 anos.

De todos os participantes entrevistados, 25% possuem caso de LES na família. Mesmo assim, nenhum deles conhecia a doença antes do seu diagnóstico. Corroborando, Freire, Souto e Ciconelli (2011) mostram que a etiologia do LES não é clara, porém admite-se que há fatores que favorecem o seu desencadeamento, por exemplo, os fatores genéticos, que expõem uma maior prevalência de LES em parentes de primeiro e segundo grau.

A partir dos dados coletados através do questionário, constatou-se que, no momento da consulta com o médico para estabelecer o diagnóstico, os pacientes não receberam informações concretas e precisas sobre a doença, e sobre quais são os sintomas/manifestações ocasionados no organismo destes. 58% dos participantes relataram que não receberam informações sobre a causa da patologia, somente a informação que era uma doença sem cura; e 41% mencionaram que o médico responsável pelo atendimento não soube informar sobre as manifestações que a patologia pode causar.

Mattje e Turato (2006) intitulam o LES como o “grande imitador”, isso porque apresenta manifestações variadas e amplas que são facilmente confundidas com outras patologias. Alguns pacientes da pesquisa citaram o LES como uma “doença do sol” (8,3%), pois, conforme Ribeiro et al. (2008), a manifestação dermatológica é um

dos principais acometimentos da doença, ocasionando lesões, eritemas e fotossensibilidade.

Através da entrevista com os pacientes, foi constatado que eles possuem uma doença crônica, sem cura e não sabem ao certo o que é e como a desenvolveram. Poucos entrevistados conseguiram explicar o que era a doença quando questionados sobre; apenas 16% falaram que era uma doença sem cura. Também, 25% dos pacientes afirmaram que o médico responsável pelo diagnóstico disse que era “reumatismo” e 16% citaram a causa como sendo hereditária.

A escassez de informações sobre a doença preocupa, chamando a atenção para os médicos que não colaboram para o conhecimento e propagação de informações corretas sobre a patologia e até mesmo dos pacientes, que não buscam informações adequadas.

Questionados sobre a qualidade de vida, se existe algum empecilho por consequência da doença, 75% relataram que o Lúpus interfere na sua qualidade de vida, pois exige cuidados específicos para o controle da doença, como por exemplo evitar a exposição solar. 50% dos participantes comentam que a doença os impede de realizar atividades simples, como um passeio na praia e até mesmo ter uma rotina profissional (FERRAZ, 2001).

O LES é considerado uma causa importante de incapacidade profissional; durante a conversa com os pacientes, alguns relataram que deixaram de trabalhar por consequência da patologia. O que mostra que as doenças crônicas, e principalmente, doenças que afetam a pele, são as que causam maior incapacidade na vida das pessoas, devido ao desconforto físico, gerando consequências negativas na vida desses pacientes (FERRAZ, 2001).

Segundo Cavicchia et al. (2012), doenças crônicas, como o LES, com tantos comprometimentos clínicos e funcionais, possuindo características tão independentes e variáveis em cada paciente, causam um impacto importante em suas vidas.

Com os relatos dos participantes, percebe-se que o Lúpus afeta drasticamente a vida dos portadores e de seus familiares, tendo que conviver com uma patologia crônica. Reis e Costa (2010) revelaram que, em portadores de LES, a qualidade de vida é prejudicada em diferentes domínios, em comparação com a população em geral.

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

Contudo, Martinez, Peroba e Silva (2004) afirmam que a sobrevida dos pacientes acometidos com LES aumentou nos últimos anos, devido a avanços no tratamento medicamentoso e terapias complementares, tornando a qualidade de vida desses pacientes razoável.

Os doze participantes realizam o tratamento do LES com o médico reumatologista (100%). Além disso, todos eles fazem um acompanhamento e tratamento com outras especialidades. Destas, 66% do acompanhamento ocorre em decorrência de outras patologias, sendo elas, hipertensão (41%), distúrbios na tireoide (25%), diabetes e diagnóstico de depressão (16%).

3.3 PRIMEIROS SINTOMAS RELATADOS

Dessa maneira, com os dados expostos acima, obtidos pela triagem inicial, foi possível iniciar a caracterização dos sintomas relatados pelos pacientes, o que auxiliou no entendimento do desenvolvimento e progresso da patologia.

Assim, é possível notar, no Gráfico 1, os primeiros sintomas relatados pelos pacientes no surgimento da doença até a procura pelo médico. Tais sintomas foram fundamentais para o descobrimento da patologia, primeiros cuidados e tratamento idealizado pelo responsável do diagnóstico.

Gráfico 1 – Relação dos primeiros sintomas apresentados pelos pacientes diagnosticados com LES.



FONTE: O Autor (2017).

Como é possível verificar, os principais sintomas que foram determinantes para o descobrimento da patologia destes pacientes, foram as dores nas articulações, que apareceram em 50% deles, associada a dores no corpo em geral (25%) e inchaços nas articulações, também com 25%. Além disso, a febre constante relatada por cerca de 33%, foi um fator determinante para os pacientes procurarem assistência médica. Ao contrário de Caznoch et al. (2006), que comentam que a manifestação articular em pacientes com LES é variada e, em comparação com outras manifestações ocorridas, o acometimento articular não é a queixa dominante.

Com a aplicação do questionário, alguns pacientes relataram que a vermelhidão facial foi o primeiro sintoma do LES no seu organismo, aparecendo em cerca de 25% desses entrevistados. De modo similar, Fonseca e Vilanova (2009) demonstraram que a fotossensibilidade é um dos sintomas mais comuns relatados pelos pacientes com LES, gerando lesões cutâneas principalmente em áreas expostas ao sol.

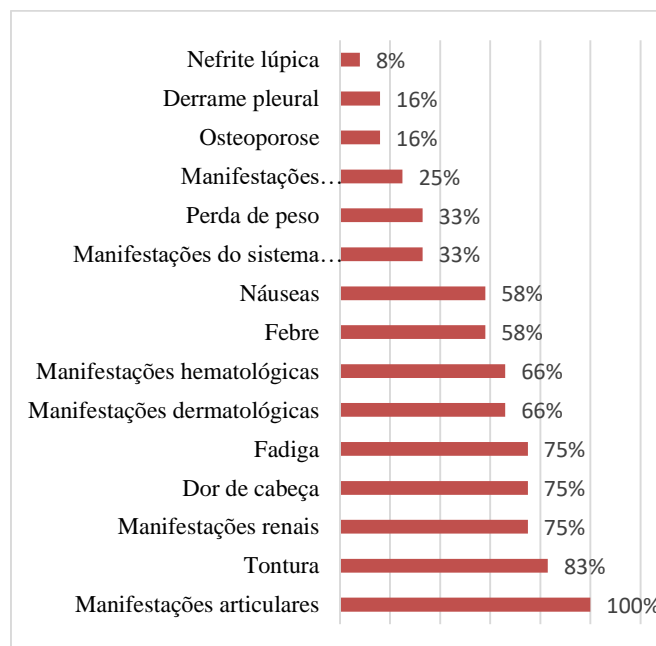
Além disso, o acometimento pulmonar, foi muito proferido pelos participantes, que elencaram sintomas como derrame pleural, pneumonias e faltas de ar, chegando a atingir cerca de 8,3% dos participantes, cada.

Dentre os primeiros sintomas descritos no Gráfico 1 acima, foram citados ainda, pelos pacientes durante a aplicação dos questionários, sintomas pouco prevalentes, como úlceras, gripes, convulsões e infecções.

3.4 PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES

A partir dos primeiros sintomas relatados acima, o diagnóstico do Lúpus foi feito e outros sintomas foram surgindo pela intensa atividade da doença no organismo desses pacientes. Sabe-se que o Lúpus pode levar anos para o seu acometimento sistêmico; por isso, a importância de demonstrar quais foram os sintomas do surgimento da doença e quais sintomas/manifestações surgiram após a descoberta. As principais manifestações do LES nessas pacientes estão dispostas no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Relação das manifestações prevalentes citadas pelos pacientes com diagnóstico de LES.



Fonte: O Autor (2017).

Lopes e Terzi (2013), abordam a manifestação articular como a manifestação presente em cerca de 90% dos pacientes acometidos com LES, apresentando dores e inchaços, principalmente nas mãos e pés. No atual estudo, a manifestação articular apareceu em 100% dos casos entrevistados, sendo a mais prevalente nesses pacientes.

Em segundo lugar, o sintoma mais citado foi a tontura (83%), seguido de dor de cabeça e fadiga (75%). Em concordância, Peres, Tedde e Lamari (2005) citam queixas como fadiga, tontura, perda de peso e mal-estar, sendo esses, sintomas muito frequentes em fases ativas do Lúpus. De acordo com os autores, todas as

manifestações observadas nessa pesquisa, e relacionadas no Gráfico 2, podem aparecer em qualquer momento da doença e permanecer mesmo com o tratamento, devido ao comprometimento funcional integral do organismo.

A fadiga, citada pelos participantes, é muito característica da patologia, tornando-os incapacitantes. De acordo com Pereira; Duarte (2010), ela afeta cerca de 80% dos pacientes acometidos com o LES, confirmando o que o atual estudo traz, onde 75% dos participantes relatam a fadiga como um sintoma característico. Não se sabe ao certo o que causa a fadiga nos portadores de LES, já que são vários os fatores que podem desencadear essa sensação, como a atividade da doença, desordens de humor, sono inadequado e pacientes que não realizam atividade física regularmente.

Outro ponto importante é que 66% dos entrevistados alegam alguma manifestação dermatológica; a maioria destes pacientes comentam que as manchas na face é a principal forma desse acometimento, sendo essas, manchas que ocorrem com mínima exposição solar, tornando-se um transtorno.

Além disso, verificou-se que 33% dos pacientes possuem algum tipo de manifestação do sistema nervoso central. Cal, Borges e Santiago (2006), demonstram que o LES pode apresentar algum tipo de acometimento desse sistema, como psicose, convulsão, distúrbio de humor e cefaleia constante. Nota-se que cerca de 75% dos entrevistados relataram a dor de cabeça como uma das principais manifestações.

A manifestação renal é a principal causa de morbidade nos pacientes com LES, cita Cruz (2008). Cerca de 75% dos entrevistados apresentam alguma manifestação renal, sendo 8% nefrite lúpica. A nefrite lúpica, segundo Klumb et al. (2005), é uma doença que se manifesta através da inflamação nos rins, causando perda de proteína na urina, o que pode levar à retenção de fluidos, provocando inchaços principalmente nas pernas e pés. A Sociedade Brasileira de Nefrologia (2017) considera que a nefrite lúpica é uma das principais manifestações renais em pacientes com LES, porém podem existir casos de glomerulonefrite, apresentando-se de formas variadas, indo desde alterações urinárias mínimas até insuficiência renal.

Soeiro et al. (2012) apontam a presença de alguma forma de doença cardíaca em 30% a 89% dos pacientes com LES, provavelmente por causa da deposição de imunocomplexos e ativação do sistema complemento. Questionados no momento da

entrevista sobre algum sintoma ou sinal de manifestação cardíaca em decorrência do Lúpus, 25% dos pacientes relataram que houve alguma manifestação relacionada ao sistema cardiovascular, sem saber ao certo qual o desenrolar clínico desse acometimento.

Vale ressaltar que a febre, citada por 58% dos participantes da pesquisa, ocorre devido ao processo inflamatório que o organismo está sofrendo, visto que, junto com alguns estímulos inflamatórios há a produção de proteínas, chamadas de proteínas do choque térmico. Essa produção faz com que decorram amplas interações com o sistema imunológico, potencializando a defesa do organismo contra agentes infecciosos (VOLTARELLI, 1994).

Bezerra et al. (2004) comentam que a terapêutica com corticosteroide é a principal causa de osteoporose em pacientes com doenças crônicas. De fato, pois cerca de 16% dos participantes relataram o diagnóstico de osteoporose durante a entrevista.

Ainda observando o gráfico 2, o derrame pleural foi citado por 16% dos pacientes. Esse dado corrobora com os autores Costa et al. (2004), que afirmam que há o comprometimento respiratório em pacientes com diagnóstico de LES, chegando a 50% em algum estágio da doença. Em tempo, Brasil (2014) comenta que a principal manifestação, quando há comprometimento pulmonar ou pleural, é a pleurite (inflamação da membrana da pleura) com o derrame pleural associado, podendo ocorrer também, em casos raros, a síndrome do pulmão encolhido, principalmente em portadores do LES. Santis; Martins e Moita (2010), caracterizam a síndrome do pulmão encolhido através do aparecimento de dispneia e dor torácica ventilatório dependente.

Como é de conhecimento, as doenças reumáticas, como o LES, apresentam períodos de intensa atividade e períodos de remissão. O LES pode entrar em remissão em até 20% dos casos (MITCHELL et.al., 2006). De acordo com alguns pacientes entrevistados, a doença chega a ficar um período de até seis meses sem apresentar sinais e sintomas, sendo que alguns relatam até o desaparecimento dessas manifestações. Cerca de 58% dos entrevistados relataram que houve a diminuição e/ou desaparecimento de sintomas desde sua descoberta, 16% comentam que a perda de peso e a febre desapareceram, outros 8,3% apontam a diminuição das dores

de cabeça, tontura e dores nas articulações. Mesmo com esses dados, é possível verificar que existem sintomas que não diminuíram após o diagnóstico. Dessa forma, tornou-se viável a análise das manifestações hematológicas, que apresentaram alta frequência nesses pacientes.

3.5 MANIFESTAÇÕES HEMATOLÓGICAS

Sabendo que o hemograma é um exame que avalia todas as células sanguíneas e, dentre todos os exames laboratoriais solicitados por médicos, é o que tem a maior preferência, justifica-se sua importância clínica para auxiliar em uma avaliação, descoberta e controle de patologias (NAOUM; NAOUM, 2014).

De acordo com o Gráfico 2, cerca de 66% dos pacientes possuíam ou possuem algum tipo de manifestação hematológica. Essas alterações hematológicas em pacientes com LES são definidas pela presença de alguns elementos, como: queda dos níveis de hemoglobina, anemia, reticulocitose, trombocitopenia (plaquetas abaixo de $100.000/\text{mm}^3$); leucopenia e linfopenia com leucócitos e linfócitos abaixo de $4.000/\text{mm}^3$ e $1.500/\text{mm}^3$, respectivamente, além de palidez na pele, cansaço e sangramentos (GALINDO; VEIGA, 2009).

Diante disso, para corroborar com as informações encontradas na literatura, e para detalhar os distúrbios hematológicos relatados pelos pacientes entrevistados, foi disponibilizado, para todos os participantes da pesquisa, um hemograma para avaliação de uma possível alteração hematológica.

Realizado o exame laboratorial, percebeu-se que, ao contrário do que diz Ferreira et al., (2008), nenhum dos participantes possuía alteração específica, sendo que todos apresentaram resultados normais, porém, necessita-se de outros parâmetros para avaliação, como reticulócitos.

As manifestações hematológicas relatadas por 66% dos pacientes apareceram em algum momento da doença, porém, com a realização do hemograma nestes pacientes, percebe-se que os resultados estavam normais, excluindo assim, essas alterações. É importante destacar que essas manifestações hematológicas podem aparecer em qualquer fase da patologia, justificando assim, os resultados obtidos na pesquisa.

Vale ressaltar ainda, que todos os participantes diagnosticados fazem acompanhamento com médico reumatologista e outros médicos com especialidades diversas. Além disso, todos os participantes acompanhados mantêm uma rotina de tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, e tal rotina deve ser destacada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo o Lúpus eritematoso sistêmico uma doença crônica, de caráter autoimune e sem cura, o referido estudo teve como propósito demonstrar as principais manifestações características em pacientes portadores da patologia.

Através desse estudo, constatou-se que grande parte dos pacientes não conseguem explicar ou sequer sabem o que o Lúpus eritematoso sistêmico pode causar no seu organismo, além de não conhecerem as manifestações mais prevalentes dessa doença.

Consoante a isso, notou-se uma falha muito grave no processo de descoberta da patologia até o início do tratamento, onde os próprios pacientes relatam que não há troca de informações e esclarecimentos de dúvidas referentes a doença e seus acometimentos, entre eles e o médico responsável por diagnosticar a patologia.

No âmbito da pesquisa, a manifestação articular foi a que prevaleceu entre os doze participantes, com 100% de aparecimento, seguido de tontura que acometeu 83% dos pacientes, juntamente com as manifestações renais que ocorreu em 75% dos entrevistados.

Ainda, através da pesquisa, buscou-se alguma forma de alteração hematológica, disponibilizando o exame laboratorial hemograma, onde todos os participantes obtiveram resultados dentro da normalidade, excluindo-se assim, possíveis acometimentos hematológicos, mesmo com a confirmação de que 66% destes pacientes possuíam, em algum momento, alterações no hemograma em decorrência do Lúpus.

Além disso, soma-se o fato de que se tratar de uma doença sem cura, crônica e de difícil diagnóstico, observa-se que a patologia não está totalmente esclarecida, à sociedade e aos próprios pacientes.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Adriana Dias; TRAVERSO-YÉPEZ, Martha Azucena. Expressões e sentidos do lúpus eritematoso sistêmico (LES). **Estudos de Psicologia (natal)**, Natal, v. 12, n. 2, p.119-127, ago. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-294x2007000200003>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2007000200003>. Acesso em: 19 mar. 2017.

BEZERRA, Mailze Campos et al. Contribuição da doença e sua terapêutica no índice de dano SLICC/ACR na fase precoce do lúpus eritematoso sistêmico. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 44, n. 2, p.123-128, abr. 2004. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s0482-50042004000200004>. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Mailze_Bezerra/publication/51061247_Contribution_of_the_disease_and_its_therapy_on_the_SLICCACR-DI_in_early_systemic_lupus_erythematosus/links/54392a880cf204cab1d960ba.pdf>. Acesso em: 14 out. 2017.

BORBA, Eduardo Ferreira et al. Consenso de lúpus eritematoso sistêmico. **Revista Brasileira de Reumatologia**, [s.l.], v. 48, n. 4, p.196-207, ago. 2008. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s0482-50042008000400002>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042008000400002&lang=pt>. Acesso em: 21 fev. 2017.

BRAGA, J.; CAMPAR, A.. Causas biológicas de depressão em doentes com Lúpus Eritematoso Sistêmico: um estudo de revisão. **Acta Reumatol Port**, [s.l.], v. 39, n. 1, p.218-226, jun. 2014. Disponível em: <<http://repositorio.chporto.pt/handle/10400.16/1817>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas** : volume 3 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 604 p. : il.

CAL, Sílvia Fernanda; BORGES, Ana Patrícia; SANTIAGO, Mittermayer B.. **Prevalência e classificação da depressão em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico atendidos em um serviço de referência da cidade de Salvador**. **Jornal da Lirne**. Salvador, p. 36-42. jul. 2006.

CAVICCHIA, Roberta et al. Qualidade de vida em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. **J Health Sci Inst.**, São Paulo, v. 8, n. 31, p.88-92, mar. 2012. Disponível em: <https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/01_jan-mar/V31_n1_2013_p88a92.pdf>. Acesso em: 08 out. 2017.

CAZNOCH, Claudine Juliana et al. Padrão de comprometimento articular em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico e sua associação com presença de fator reumatóide e hiperelasticidade. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 46, n. 4, p.261-265, ago. 2006. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s0482-50042006000400002>.

50042006000400005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042006000400005&lang=pt>. Acesso em: 08 out. 2017

COSTA, Cíntia Andrade et al. Síndrome do pulmão encolhido no lúpus eritematoso sistêmico. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Salvador, p. 260-263. jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v30n3/v30n3a12>>. Acesso em: 15 out. 2017.

CRUZ, Boris Afonso. Atualização em Reumatologia: Nefrite Lúpica: Atualização em Reumatologia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Belo Horizonte, v. 48, n. 3, p.173-177, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v48n3/a07v48n3.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2017.

DALANHOL, Michele et al. Efeitos quantitativos da estocagem de sangue periférico nas determinações do hemograma automatizado. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, Cascavel, v. 32, n. 1, p.16-22, fev. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-84842010005000011>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/2010ahead/aop11010.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2017.

FERRAZ, Luci Biaggi. **Avaliação Da Qualidade De Vida Em Pacientes Com Lupus Eritematoso Com Manifestações Cutâneas**. 2001. 127 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <<http://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/17713>>. Acesso em: 26 out. 2017.

FERREIRA, Manuela et al. **Lúpus Eritematoso Sistêmico. Acta Médica Portuguesa**. [s.l.], p. 199-204. 13 dez. 2008. Disponível em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/899/1/Acta_Med_Port_2008_21_199.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2017.

FONSECA, João Eurico Cabral da et al. **Conhecer a Imunologia**. [s.l.]: Coordenação Científica: Spi, 2009. Disponível em: <http://www.spimunologia.org/rubrica.aspx?id_seccao=14&id_rubrica=84&ord=2>. Acesso em: 05 mar. 2017.

FONSECA, Samuel Barbosa; VILANOVA, Manuel. **Lúpus Eritematoso Sistêmico: Causas, Mecanismos Patológicos E Alvos Terapêuticos Futuros**. 2009. 42 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2009. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21131/2/LESTese.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2017.

FREIRE, Eutília Andrade Medeiros; SOUTO, Laís Medeiros; CICONELLI, Rozana Mesquita. Medidas de avaliação em lúpus eritematoso sistêmico. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 51, n. 1, p.75-80, fev. 2011. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s0482-50042011000100006>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042011000100006&lang=pt>. Acesso em: 08 out. 2017.

GALINDO, Cícera V. F.; VEIGA, Renata K. A.. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DIAGNÓSTICAS DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: UMA REVISÃO. **Revista Eletrônica de Farmácia**, Ceará, v. 7, n. 4, p.46-58, set. 2010. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/REF/article/view/13231/8552>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

KLUMB, Evandro M. et al. Impacto da nefrite sobre os resultados gestacionais de mulheres com lúpus eritematoso sistêmico. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p.107-113, jun. 2005. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s0482-50042005000300004>.

LIMA, Samara Mota; SILVA, Willy Deivson Leandro da. Lúpus Eritematoso Sistêmico: Revisão Literária. **Vii Connepi**, Araguaína, v. 1, n. 1, p.01-05, out. 2012. Disponível em: <<http://prop.i.iftg.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/518/1808>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

LOPES, Ana Carolina Queiroz; TERZI, Renato Giuseppe Giovanni. **Lúpus Eritematoso: Principais Sintomas, Diagnósticos e Terapêutica**. 2013. 16 f. TCC (Graduação) - Curso de Medicina, Fac Redentor, Campinas, 2013.

MARTINEZ, Emília Cardoso; PEROBA, Glauber Alvarenga; SILVA, Rodrigo Renato da. **Análise comparativa de dados clínicos do lúpus eritematoso sistêmico na abordagem fisioterapêutica**. São Paulo: Revista Fisioterapia Brasil, 2004. 6 p. Disponível em: <<http://www.novafisio.com.br/analise-comparativa-de-dados-clinicos-do-lupus-eritematoso-sistemico-na-abordagem-fisiotherapeutica/>>. Acesso em: 09 out. 2017.

MATTJE, Gilberto Dari; TURATO, Egberto Ribeiro. Experiências de vida com Lupus Eritematoso Sistêmico como relatadas na perspectiva de pacientes ambulatoriais no Brasil: um estudo clínico-qualitativo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 475-482, aug. 2006. ISSN 1518-8345. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/rlae/article/view/2320/2465>>. Acesso em: 07 oct. 2017.

MITCHELL, Richard N. et al. **Fundamentos de Robbins & Cotran Patologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

NAOUM, Paulo Cesar; NAOUM, Flávio Augusto. INTERPRETAÇÃO LABORATORIAL DO HEMOGRAMA. **Ciência News**, SI, p.1-12, set. 2014. Disponível em: <http://www.ciencianews.com.br/arquivos/ACET/IMAGENS/Artigos_cientificos/Interp_hemo.pdf>. Acesso em: 19 out. 2017.

PEREIRA, M. Graça; DUARTE, Sílvia. Fadiga intensa em doentes com lúpus eritematoso sistêmico: **Estudo das características psicométricas da escala da intensidade da fadiga**. *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 11, n. 1, p. 121-136, 2010. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862010000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 out. 2017.

PERES, Jusiana Mara Chimelo; TEDDE, Paula de Freitas Bambini; LAMARI, Neuseli Marino. Fadiga nos portadores de lúpus eritematoso sistemático sob intervenção

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

fisioterapêutica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 30, p.141-145, 17 nov. 2005. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/34/fadiga_portadores.pdf>. Acesso em: 09 out. 2017.

REIS, Maria Gorette dos; COSTA, Izaias Pereira da. **Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico no Centro-Oeste do Brasil. Revista Brasileira de Reumatologia**, Campo Grande, v. 50, n. 4, p.408-414, ago. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s0482-50042010000400006>. Disponível em: <<http://repositorio.cbc.ufms.br:8080/jspui/handle/123456789/1233>>. Acesso em: 26 out. 2017.

SANTIS, Michele De; MARTINS, Vitória; MOITA, Joaquim. **Síndrome do pulmão encolhido: Relato de um caso clínico e revisão da literatura. Rev Port Pneumol**, Lisboa, v. 16, n. 4, p. 687-691, ago. 2010. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-21592010000400015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 out. 2017.

SBN. **O que é Lúpus?** Disponível em: <<https://sbn.org.br/publico/doencas-comuns/lupus/>>. Acesso em: 15 out. 2017.

SOEIRO, Alexandre de Matos et al. Associação entre doenças imunológicas e suas manifestações clínicas semelhantes. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], v. 98, n. 2, p.28-31, fev. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0066-782x2012000200016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000200016>. Acesso em: 21 fev. 2017.

VIANNA, Rodrigo; SIMÕES, Manuel Jesus; INFORZATO, Heraldo C. Borges. LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO. **Revista Ceciliana**, Santa Cecília, v. 1, n. 2, p.1-3, 05 out. 2009. Disponível em: <http://sites.unisanta.br/revistaceciliana/edicao_03/1-2010-1-3.pdf>. Acesso em: 09 out. 2017.

VOLTARELLI, Júlio C.. FEBRE E INFLAMAÇÃO. **Revista Medicina: SEMIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA CLÍNICA**, Ribeirão Preto, v. 27, n. 1, p.7-48, jun. 1994. Disponível em: <<http://revista.fmrp.usp.br/1994/vol27n1e2/febre.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2017.

MODA E SUBJETIVIDADE: O VESTUÁRIO COMO EXPRESSÃO DA IMAGEM DE SI

Gisele Garus¹
Darciele Mibach²

RESUMO: A moda pode ser interpretada como uma forma de acesso e integração do sujeito com o mundo, e está diretamente relacionada à imagem que o indivíduo tem de si. Por meio dos conceitos da Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Ransom Rogers e a teoria de Gilles Lipovetsky, percebe-se que o vestuário aliado à moda comunica características da identidade pessoal, carrega significados, além da subjetividade de cada um, tendo assim um papel importante na vida dos indivíduos.

PALAVRAS-CHAVE: Moda; Psicologia; Carl Rogers; Gilles Lipovetsky.

ABSTRACT: Fashion can be interpreted as a form of access and integration of the subject with the world, and is directly related to the image that the individual has of himself. Through the concepts of Carl Ransom Rogers's Person-Centered Therapy and Gilles Lipovetsky's theory, it can be seen that fashion-allied clothing communicates characteristics of personal identity, carries meanings, and subjectivity of each, thus having an important role in the lives of individuals.

KEYWORDS: Fashion; Psychology; Carl Rogers; Gilles Lipovetsky.

1 INTRODUÇÃO

As formas como as pessoas se vestem, durante toda a história da humanidade está ligada a sua identidade e comportamento. Primeiramente se faz necessário uma distinção entre moda e vestuário. Segundo Gomes (2010), a moda é a propagação de uma determinada tendência. No caso da roupa é considerada moda a disseminação de um estilo por um considerável número de pessoas aderentes ao mesmo. O vestuário, para Nacif (1993) é um conjunto formado por peças de roupas que compõem um traje e por acessórios que servem para complementá-lo. Ao contrário do vestuário, a moda exige mudança para poder ser considerada moda. A moda está diretamente relacionada à imagem que o indivíduo tem de si. “A auto-imagem é fluida e está sempre se modificando. É construída por meio das relações com os outros e com o mundo, ou seja, é formada a partir das experiências pessoais” (Rogers & Kinget, 1977). Além de ser atribuída à roupa a função de proteger o corpo, atribui-se a ela também a função de diferenciar os indivíduos socialmente. Segundo Mota (2008), a roupa e o corpo compõem subjetividades, criando e exprimindo imagens e

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.

formas que correspondem às identificações e diferenciações de onde emergem as identidades.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura de caráter explicativa e qualitativa. 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. A sua finalidade é fazer com que o pesquisador entre em contato direto com todo o material escrito sobre um determinado assunto, auxiliando na análise de suas pesquisas ou na manipulação de suas informações. Para Eco (2007) os repertórios bibliográficos são os mais seguros para quem tenha uma idéia clara sobre o tema que pretende tratar, preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha 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, 2007)

3 REVISÃO DE LITERATURA

Conforme Svendsen (2010), a moda está diretamente relacionada à expressão da individualidade, e o vestuário é um meio de comunicar essa individualidade. A Autoimagem é um conceito da Abordagem Centrada na Pessoa, que se pode distinguir entre Eu real, que é aquele que contém o que realmente existe, como valores pessoais, singularidade e autenticidade. E o Eu ideal, que é "o conjunto das características que o indivíduo mais gostaria de poder reclamar como descritivas de si mesmo" (ROGERS, 1959 citado em FADIMAN & FRAGER, 1986, p. 227), e que pode se tornar um obstáculo ao desenvolvimento pessoal quando ele se diferencia muito do Eu real. Rogers, (1954) defende que quanto maior é o nível de discrepância

vivenciado pela pessoa entre o eu real e o eu ideal, maior é o seu estado de incongruência/desacordo interno e conseqüente sofrimento. Esta autopercepção leva o indivíduo a vivenciar sentimentos de baixa autoestima, desvalorização, e pode ser fonte de certa inadequação social (Nunes, 1997). A Autoimagem pode ser encarada como uma condição consciente e reflexiva de si mesmo, que possui e provê significados que o indivíduo identifica-se e a partir deles percebe a realidade.

Esses conceitos são estruturas móveis que passam por constantes redefinições. De acordo, com Rogers (1954) a divergência entre a característica descritiva de si - “self”- e a característica que considera desejável para si - “self ideal” - dá uma indicação de sua autoestima. Para o autor, indica o modo que o indivíduo percebe a si mesmo em relação a um aspecto, e também da importância que isso tem para si. A divergência entre o eu real (Self) e o eu ideal (Self ideal) pode representar o nível de sua autoestima, refletindo insatisfação pessoal (Rogers, 1954). A Autoimagem, caso ela não seja real, sendo conseqüência da falta de liberdade experiencial e da condicionalidade nas relações, o alcance das experiências na consciência será prejudicado.

A imagem que o indivíduo tem de si, o que ele pensa que é, deve condizer com que ele realmente é. O estado de congruência é definido por Rogers como sendo o estado em que a pessoa se sente livremente ela mesma, aceitando-se como é, com a experiência real dos seus sentimentos e das suas ações. “Finalmente, a congruência pretende indicar o estado de coerência ou acordo interno e de autenticidade de uma pessoa” (ROGERS, 1985, p.63). Nesse momento, para Rogers (1983), a pessoa que não está integrada inteiramente, apresenta-se incongruente, que se revela na divergência entre a Autoimagem e a situação que ela está vivenciando. Dessa forma, portanto, não há precisão entre a experiência, a consciência e a comunicação, o que dificulta o processo de expressão por meio da vestimenta, que nesse caso, pode se vestir com roupas que são inadequadas a sua identidade pessoal. De acordo com Giordani (1998), o comportamento do indivíduo é baseado na percepção de sua Autoimagem e da realidade externa, e o organismo reage ao campo perceptivo como é experienciado e vivido pelo indivíduo. O autor afirma que “O nosso comportamento não é a resposta a uma realidade no seu aspecto objetivo, mas sim à percepção que temos da realidade, aqui e agora”, e acrescenta que “a percepção está fortemente

influenciada pela imagem que temos de nós mesmos: a realidade é dada através do filtro desta imagem e na base das experiências vividas” (GIORDANI, 1998, p. 50;51).

A imagem que a pessoa tem de si própria está diretamente ligada à forma como ela percebe o mundo, os acontecimentos e as situações, podendo distorcê-los ou não. Quando não distorce, a pessoa obtém uma comunicação apropriada consigo, pois consegue simbolizar suas experiências corretamente na consciência. A Autoimagem é essencial no indivíduo, pois ela expressa de forma adequada as necessidades e sentimentos, ou seja, há harmonia entre a imagem de si e o organismo, e quando isso não ocorre, no indivíduo desajustado, as experiências não chegam de forma correta a consciência e sua Autoimagem acaba não sendo apropriada. Segundo Rogers (1983), ocorre o desajustamento quando há falha na comunicação consigo mesmo, e quando as experiências não chegam de forma adequada à consciência pela defesa da imagem de si, o processo da construção da Autoimagem se imobiliza e conseqüentemente a Autoimagem se enrijece. Quando isso acontece o indivíduo não consegue acessar as oportunidades que as experiências podem oferecer como modo de crescimento, e dessa forma ele não constrói uma imagem de si realista, e se apega a rótulos como uma condução da vida, pois não consegue distinguir as pequenas mudanças da realidade que são evitadas de serem representadas de forma correta na consciência, não conseguindo aprender com a sua própria experiência (Rudio, 2003).

Segundo Mota (2008) o vestuário é elemento das identidades que construídas para buscar estar mais próximo do que se quer ser ou que se quer parecer, que pode ser um auxílio para o indivíduo que busca um Eu ideal que seja congruente com o Eu real. Rogers e Kinget (1977) sugerem que para voltar à congruência no sujeito é importante que a autoimagem seja reestruturada para que fique mais real e menos idealizada. Pessoas que apresentam alto grau de congruência são aquelas que a comunicação está em sintonia com a tomada de consciência, ou seja, conseguem expressar exatamente o que têm em mente, e uma forma dessa expressão pode ser pelo vestuário, refletindo seu Eu real. “O vestuário é parte do indivíduo, não algo externo à identidade pessoal”. (SVENDSEN, 2010, p.13). Relacionando a ideia de Svendsen, Rudio (2003) afirma que as percepções de cada pessoa, ou seja, o modo como ela entende subjetivamente aspectos da realidade é o que torna as pessoas

diferentes umas das outras, como por exemplo, no modo de se vestir. O sujeito se comporta e é guiado, de acordo com esse mundo subjetivo próprio composto de suas percepções.

A Abordagem Centrada na Pessoa objetiva-se a busca do Tornar-se Pessoa, ou seja, fazer o indivíduo ser ele mesmo, ser a pessoa que realmente é. Rogers afirma que “cada pessoa está perguntando: ‘Quem sou eu, realmente? Como posso entrar em contato com este eu real, subjacente a todo o meu comportamento superficial? Como posso me tornar eu mesmo?’”. (2001, p.122). A pessoa para Rogers é algo permanente, mas sempre em transformação, nunca satisfeita e realizada.

“Para alguns ser o que se é, é permanecer estático. (...) Nada pode estar mais longe da verdade. Ser o que se é, é mergulhar inteiramente num processo. A mudança encontra-se facilitada, e provavelmente levada ao extremo, quando se assume ser o que verdadeiramente se é” (ROGERS, 1977; 155).

Segundo Fonseca (2009) a primeira condição para o indivíduo se tornar quem realmente é, é a aceitação. Para ser o que se é, deve-se se aceitar. Aceitar é, antes de tudo, aceitar sua própria experiência. Aceitando sua própria experiência irá aceitar a si mesmo. “Ser o que realmente se é implica ainda outros componentes. Um deles, que talvez já tenha sido sugerido, é a tendência do indivíduo para viver numa relação aberta, amigável e estreita com a sua própria experiência” (ROGERS, 1977, p. 152). Essas experiências, para que sejam representadas de forma correta na consciência, precisam passar pelo crivo da Autoimagem. As experiências que confrontam a Autoimagem são impedidas de chegar a consciência em sua versão correta, então são representadas de forma distorcida para garantir a Autoimagem. Quando isso acontece, a realidade e a visão de si do indivíduo ficará distorcida, pois ele terá que fazer essa realidade parecer cada vez mais real. Rogers (1973) chama esse processo de perda de contato com o seu eu, que é regido pela tendência ao desenvolvimento, pois a pessoa perdeu sua autenticidade e o contato consigo mesmo, tornando falsas suas experiências. Assim, o objetivo de todo indivíduo é de se tornar ele mesmo, e para Crane (2006) o vestuário auxilia nesse processo:

A escolha do vestuário propicia excelente campo para estudar como as pessoas interpretam determinada forma de cultura para seu próprio uso, forma essa que inclui normas rigorosas sobre a aparência que se considera apropriada num determinado período (o que é conhecido como moda), bem como uma variedade de alternativas extraordinariamente ricas. (p.21)

Segundo Lipovetsky (1987), as escolhas dos itens de vestuário são resultados de motivações subjetivas, consequência das interações nos espaços sociais, que pode se relacionar teoria de Rogers, ao conceito de Pessoas Critério, que são aquelas de quem o indivíduo gostaria de ter uma aceitação, e toma decisões com base nessas pessoas, pois já que ser o que se sente como melhor para si mesmo talvez não lhe garanta a aceitação dos demais. O indivíduo desloca o seu centro de autoavaliação de percepção interna para a externa da pessoa critério. Ao longo da vida, as pessoas elegem diversas pessoas-critério, que exercem grande influência sobre a vida deles. É na busca pela aceitação positiva dos outros, que o indivíduo aliena de si mesmo, acaba falsificando alguns valores que eram importantes, e assumindo para si o que é importante na concepção das outras pessoas. Segundo Rudio (2003), quando o indivíduo entende que alterar sua identidade para que seja aceito pelo outro foi eficaz, ele adere como modelo para sua vida.

Conforme Rogers (1973), quando isso acontece à pessoa constrói uma imagem de si ideal, aquilo que ela desejaria ser, ou que internalizou que é o correto ser, e constrói essa imagem não com suas próprias experiências e percepções, mas com base das experiências das outras pessoas. Ela distorce suas experiências e cria uma discrepância entre sua Autoimagem real e ideal. A partir das escolhas do vestuário cada pessoa assume um papel ativo na construção da moda, assim, as escolhas de um indivíduo não seriam ditados pela moda, mas sim de costumes e normas comportamentais que podem ser percebidas socialmente. Os fatores externos podem interferir positiva ou negativamente na formação da Autoimagem, os indivíduos possuem capacidade de decidir e analisam as representações simbólicas e significações do vestuário de acordo com suas preferências pessoais, ou de acordo com as Pessoas Critério.

O indivíduo como um ser social constitui-se mediante a relação com o outro. O termo “se constitui” corresponde à construção e modificação da Autoimagem, que é formada pelo o conjunto de percepções do indivíduo consigo e com o mundo (Rudio, 2003). Ao utilizar o as roupas para se constituir como ser social e cultural, o indivíduo utiliza a linguagem do vestuário para comunicar sua posição, identidade, e outros elementos. Lipovetsky compreende a moda como um conjunto de aspectos culturais que influenciam toda a sociedade. Para Crane (2006) "as roupas, como artefatos,

'criam' comportamentos por sua capacidade de impor identidades sociais e permitir que as pessoas afirmem identidades sociais latentes" (2006, p. 22). Corroborando com os autores, Barthes afirma que:

O homem vestiu-se para exercer sua atividade significativa. O uso de um vestuário é fundamentalmente um ato de significação, além dos motivos de poder, adorno e proteção. É um ato de significação, logo um ato profundamente social, alojado no próprio cerne da dialética das sociedades (BARTHES, 2005, p. 364).

Dessa forma, as pessoas utilizam os significados do vestuário para construir sua imagem social, tanto para se afirmar para si mesmas como para as pessoas critério. Tanto Lipovetsky (1987), quanto Baldini (2006) são unânimes em afirmar que a moda se desenvolveu graças à busca de uma autoafirmação da individualidade através das aparências, tanto para si quanto para a sociedade, sendo um instrumento a serviço da individualização. Para Lipovetsky (1987, p. 43): “Se a moda reina a esse ponto sobre o parecer, é porque ela é um meio privilegiado da expressão da unicidade das pessoas”. Já para Baldini (2006, p. 34): “a moda é fruto do amadurecimento da afirmação do eu, da valorização social do indivíduo, da sua personalidade”. Para que o indivíduo consiga ser autêntico e expressar sua Autoimagem, é necessário um contexto de relações humanas positivas, que sejam favoráveis e valorizem a Autoimagem do indivíduo, ou seja, para que ele consiga ser autêntico, são necessárias relações que não ameacem ou distorçam a concepção que o indivíduo tem de si mesmo.

Em relação ao modo como a sociedade influencia na Autoimagem, Rosenberg (1989) constatou que indivíduos que possuem padrões de cultura similares têm em geral percepções semelhantes em relação ao eu ideal. Desse modo, os padrões de uma cultura oferecem um modelo, conforme as pretensões e os ideais são constituídos e por meio do qual a pessoa constrói a forma como olha para si mesma, sendo as comparações sociais uma base importante na auto-avaliação. Para Pitombo (2003) a noção de identidade, segundo as considerações sociológicas reivindicará a conformação da identidade na dinâmica de interação entre o indivíduo e a sociedade. “Podemos dizer que a aparência corporal aparece, assim, não apenas como um subproduto da vida social, o efeito combinado de diversos determinismos estruturais e culturais, mas sim como fonte e aposta fundamental na dinâmica da socialização e da constituição identitária” (PITOMBO, 2010, p. 242). A autora conclui que a moda

pode ser considerada como uma instância imaginária e mítica, pois ela revela a relação entre o sujeito e o mundo, entre o sujeito e as pessoas, e entre sujeito e a sociedade. Como afirma Stuart Hall (2006), a noção de identidade reconhece um núcleo, mas também reconhece que ele é formado na relação com as outras pessoas e com a cultura.

Quanto mais a vida social se torna mediada pelo mercado global de estilos, lugares e imagens, pelas viagens internacionais, pelas imagens da mídia e pelos sistemas de comunicação globalmente interligados, mais as identidades se tornam desvinculadas __ desalojadas __ de tempos, lugares, histórias e tradições específicos parecem "flutuar livremente". Somos confrontados por uma gama de diferentes identidades (cada qual nos fazendo apelos, ou melhor, fazendo apelos a diferentes partes de nós), dentre as quais parece possível fazer uma escolha. (HALL, 2006, p. 75)

Em A interpretação das culturas (1989) Geertz diz que a cultura é como conjunto de mecanismos simbólicos que colaboram na classificação do comportamento humano. Tal definição evidencia como a cultura influencia no que os indivíduos podem vir a ser e o que eles realmente são. Dessa forma, podem-se compreender os padrões culturais como aspectos que ajudam a definir a existência humana. Como observa Geertz "tornar-se humano é tornar-se individual sob a direção de padrões culturais" (p. 37). A moda foi o primeiro grande dispositivo a produzir socialmente a personalidade aparente e que estetizou e individualizou a vaidade humana e, ainda conseguiu fazer da aparência um instrumento fundamental da nossa existência. Ela é um fenômeno que ajuda a criar relações entre os indivíduos em um contexto social e que enfatiza seus traços sociais e estéticos em um monopólio de poder (LIPOVETSKY, 1987). Para Veblen (1983), a moda é marcada pela diferenciação social que destaca de modo eficaz e satisfatório o sucesso e o valor social dos indivíduos. Enquanto que, para Simmel (2008), a moda expressa, de maneira visível, a dinâmica da sociedade e as diferentes formações sociais. Sendo assim, as pessoas também utilizam o vestuário a fim de demonstrar poder e status perante a sociedade.

Partindo da visão de Lipovetsky (1987), o fenômeno moda na sociedade contemporânea é estereotipado como um espaço de futilidades e superficialidades. Entretanto, o que fica por trás dessa visão generalizada é a verdadeira importância da moda, que é considerada pelo autor como uma das instituições que regem a sociedade. A moda intervém frequentemente na vida das pessoas, em vários aspectos, como nos relacionamentos, nas atitudes, nas personalidades ou nos hábitos

cotidianos. Portanto, sua função vai muito além do pensamento pré-definido como algo fútil. O mercado da moda lança diferentes tendências constantemente. Elas são divididas em estações, sempre lançando novidades e não podendo repetir os estilos das coleções passadas. Este fenômeno está fundado na necessidade de constantes mudanças da sociedade atual. A busca por modelos, tecidos e acessórios novos, evidencia a necessidade do mercado da moda de sempre se reinventar, construindo uma releitura dos estilos, mas nunca repetindo o que já foi moda no passado. Ainda que as tendências se renovem, elas não podem ser caracterizadas como “fenômenos puramente aleatórios” (GODART, 2010, p. 83), pois dependem do que já foi produzido anteriormente, representando uma continuidade dos fatos. O consumo exagerado permite a transição entre a modernidade e a pós-modernidade, permitindo a liberdade individual e a expressão de vontades subjetivas dos indivíduos. As pessoas que são mais inconstantes e sugestionáveis acabam se tornando ansiosos, e conseqüentemente fazem escolhas que são mais seguras, valorizando as sensações e constituindo, dessa forma, a sociedade hipermoderna (LIPOVETSKY E CHARLES, 2004).

Lipovetski defende a idéia de que mesmo a moda oferecendo essa liberdade de escolha e permitindo que os indivíduos consigam construir suas opiniões e comportamentos por meio dela, ela tem poder sobre a sociedade, pois dita tendências que influenciam diretamente toda a sociedade contemporânea. A moda, então, se iguala às instituições que organizam a sociedade. Em relação ao capitalismo, Lipovetsky (1987) aponta para o fato de que o sistema da moda, sempre com transformações constantes, leva os indivíduos ao consumismo com o pretexto de que o novo é sempre melhor. O autor afirma que a moda age de forma a motivar o consumo, criando novas “necessidades”, desejos e produtos. Esse consumismo de certa forma obriga os indivíduos a comprarem de maneira exagerada para serem aceitos pela sociedade, numa busca contínua pela satisfação de seus desejos, mas que nunca é obtida, pois como sempre surgem novidades, eterniza um círculo vicioso de frequente troca que nunca será satisfeita. Entretanto isso apenas acontece com pessoas que não possuem uma Autoimagem adequada ao seu Eu Real, portanto estão sempre buscando na indústria da moda novas formas de se identificar, tanto para si mesmo quanto para a sociedade. Isso se deve ao fato de não haver

congruência entre a Autoimagem e o que a pessoa realmente é, dessa forma ela passa a buscar constantemente peças de vestuário para tentar construir uma identidade que não é real. Quando a Autoimagem é reestruturada e o indivíduo é congruente com o Eu Real, ele não mais irá modificar ou distorcer sua individualidade pelas pessoas critério nem pela sociedade, não sendo mais influenciada pelo mercado de consumo, pois irá comprar vestimentas que apenas se identifica e se adequa a sua Autoimagem.

4 CONCLUSÃO

Na visão de Lipovetsky (1987), o fenômeno moda só pode surgir conforme há uma afirmação do indivíduo, nos termos de Rogers, quando o indivíduo torna-se pessoa. Para que isso aconteça, a Autoimagem precisa ser reestruturada, para que dessa forma o indivíduo aceite seu Eu Real, e deixe de distorcê-lo para ser aceito pelas Pessoas Critério. Quando isso acontece o indivíduo passa a buscar sucessivamente uma forma de se identificar, tendo, na moda e na vestimenta, um aliado perfeito. Ou seja, quando o indivíduo se torna ele mesmo, uma das formas dele expressar essa identidade, é com o auxílio do vestuário. A moda e suas escolhas de vestuário são, segundo Crane (2006), um instrumento de suma importância tanto na construção dessa nova identidade como na comunicação destes novos parâmetros para a sociedade.

REFERÊNCIAS

- BALDINI, Massimo. Tradução: Sandra Escobar. **A Invenção da Moda: as teorias, os estilistas, a história**. Lisboa, Edições 70, 2006.
- BARTHES, Roland. (1995). **Inéditos, vol. 3: imagem e moda**. Tradução de Ivone Castilho Benedetti. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- CRANE, D. **A moda e seu papel social: classe, gênero e identidade das roupas**. São Paulo: Senac, 2006.
- ECO, Umberto. **Como se faz uma tese**. 13ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 2007.
- FADIMAN, James. FRAGER, Robert. **Teorias da personalidade**. Trad. Camila Pedral Sampaio e Sybil Safdié. São Paulo: Harbra, 1986.

FONSECA, M. J. M. (2009). **Carl Rogers: Uma concepção holística do homem - Da terapia centrada no cliente à pedagogia centrada no aluno** - Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium36/4.pdf> - acesso em: 10/05/2018.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1989.

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

GIORDANI, B. (1998 2ªed.). **La Relación de Ayuda: de Rogers a Carkhuff**. Bilbao: Desclée de Brouwer.

GODART, Frédéric. **Sociologia da moda**. Trad. Lea P. Zyllberlicht. São Paulo: Editora Senac, 2010.

GOMES, N. P. **O marketing da aparência: comunicação e imagem**. Artigo científico, 99. Lisboa, Portugal: Universidade de Lisboa, 2010.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: D&A, 2006.

LIPOVETSKY, Gilles. **O império do efêmero: A moda e seu destino nas sociedades modernas**. São Paulo: Editora Schwarcz, 1987.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Editora Atlas, 4a ed. 1992.

LIPOVETSKY, G., CHARLES, S. **Os tempos hipermodernos**. Barcarolla, São Paulo, 2004.

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

NACIF, M. C. **Obra consumada; uma abordagem estética da moda feminina no Rio de Janeiro, entre 1932 e 1947**. Artigo científico. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1993.

NUNES, M. O. **Valores e reorganização do self – estudo exploratório realizado numa comunidade terapêutica carismática de toxicodependentes**. (1997). Disponível em < <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/740>> Acessado em 15/03/2018.

PITOMBO, Renata, (2010). **A moda como expressão cultural e pessoal**. Disponível em <http://www1.sp.senac.br/hotsites/blogs/revistaiara/wpcontent/uploads/2015/01/07_IARA_vol3_n3_Dossie.pdf> Acessado em 24/08/2017.

ROGERS, C. R. (1969). **Psychotherapy and personality change**. Chicago: University of Chicago Press. (Original publicado em 1954).

ROGERS, C. R. (1973). **Psicoterapia e consulta psicológica** (M. J. C Ferreira, Trad.). Lisboa: Moraes Editores. (Original publicado em 1942).

ROGERS, C. **Uma teoria da terapia, da personalidade e relacionamento interpessoal**. In: ROGERS, C. & KINGET, G. M. (Orgs.) *Psicoterapia & Relações Humanas*. Belo Horizonte: Interlivros, 1977.

ROGERS, C. R.; KINGET, G. M. **Psicoterapia e relações humanas teoria e prática da terapia não-diretiva**. 2 ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1977.

ROGERS, C. R. **Um jeito de ser**. São Paulo: EPV, 1983.

ROGERS, C. R. (1985). **Tornar-se pessoa**. (M. J. do C. Ferreira & A. Lamparelli, Trads.). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

ROSENBERG, M. (1989). **Society and the adolescent self-image**. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.

RUDIO, F. V. **Orientação não-diretiva na educação, no aconselhamento e na psicoterapia**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

SIMMEL, Georg. **Filosofia da moda e outros escritos**. Lisboa: Edições Texto e Grafia, 2008.

SVENDSEN, L. **Moda: uma Filosofia**. Tradução Maria Luiza X. de A. Borges, Rio de Janeiro, Zahar, 2010.

VEBLEN, Thorstein. **A teoria da classe ociosa**. São Paulo: Abril Cultural 1983.