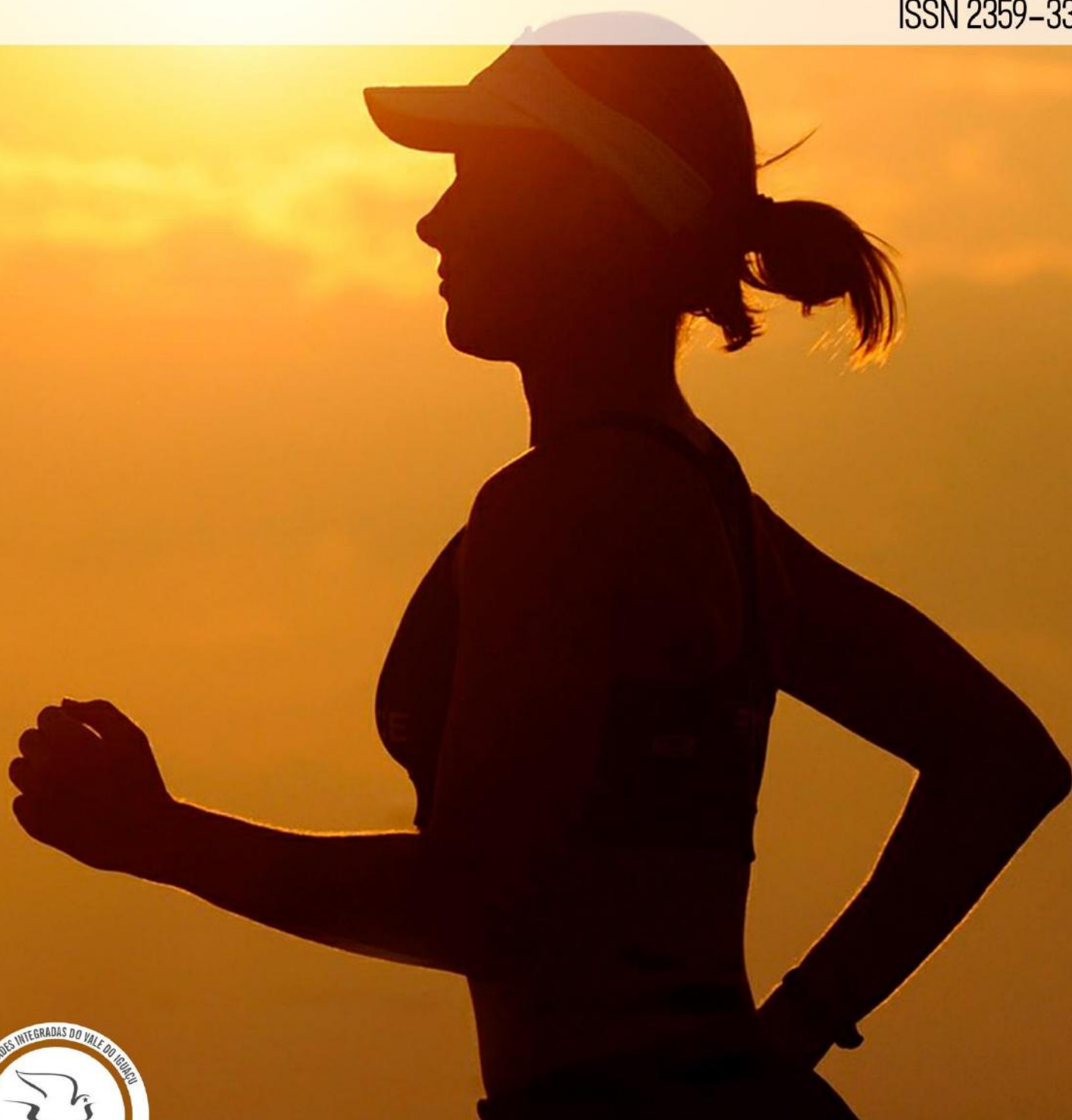


latindex

RENOVARE

REVISTA DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE

ISSN 2359-3326



Ano 5, Volume 2. Setembro de 2018.

EXPEDIENTE

FACULDADES INTEGRADAS DO VALE DO IGUAÇU – UNIGUAÇU

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

CATALOGAÇÃO
ISSN 2359-3326

LATINDEX
Folio 25166
Folio Único 22169

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA UNIGUAÇU

Presidente da Mantenedora
Dr. Wilson Ramos Filho

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

Direção Geral
Profª. Ms. Marta Borges Maia

Coordenação Acadêmica
Prof. Dr. Atilio A. Matozzo

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

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

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

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

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

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

Coordenação do Curso de Direito
Prof. Sandro Marcelo Perotti

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

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

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

Coordenação dos Cursos Engenharia Civil

Prof^a. Larissa Yagnes

Coordenação do Curso de Engenharia Elétrica

Prof. Claudinei Dozorski

Coordenação do Curso de Engenharia Mecânica

Prof. Daniel Alberto Machado Gonzales

Coordenação do Curso de Engenharia de Produção

Prof. Ms. Wellington da Rocha Polido

Coordenação do Curso de Farmácia

Prof^a. Ms. Silmara Brietzing Hennrich

Coordenação do Curso de Fisioterapia

Prof^a. Ms. Giovana Simas de Melo Ilkiu

Coordenação do Curso de Medicina Veterinária

Prof. Ms. João Estevão Sebben

Coordenação do Curso de Nutrição

Prof. Wagner Osório de Almeida

Coordenação do Curso de Psicologia

Prof^a. Darcielle Mibach

Coordenação do Curso de Serviço Social

Prof^a. Lucimara Dayane Amarantes

Coordenação do Curso de Sistemas de Informação

Prof. Ms. André Weizmann

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA REVISTA

Editor Chefe das Revistas Uniguaçu

Prof. Atilio A. Matozzo

Coeditor

Prof. Ms. Vilson Rodrigo Diesel Rucinski

Conselho Editorial

Prof. Dr. Anésio da Cunha Marques (UNIGUAÇU)

Prof. Dr. Thiago Luiz Moda (UNESPAR)

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

Prof. Dr. Fernando Guimarães (UFRJ)

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

Prof. Dr. Andrey Protela (UNIGUAÇU)

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

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

Prof. Ms. Adilson Veiga e Souza (UNIGUAÇU)

SUMÁRIO

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

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

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

Serineu Pinto¹
Marly Terezinha Della Latta²
Márcia Helena de Souza
Freire³
Elias da Costa⁴

RESUMO: O presente estudo teve como objetivo investigar os casos de morte de crianças do nascimento a um ano de idade, nos municípios de abrangência da 6ª Regional de Saúde de União da Vitória-PR. O estudo foi realizado em uma pesquisa documental por meio de método quantitativo, exploratório e descritivo. Os casos de morte em crianças, desde o nascimento até um ano de idade, foram pesquisados no período entre 2011 e 2015. A busca foi realizada pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). A análise da mortalidade infantil é considerada extremamente importante para a saúde humana. Devido à equipe de enfermagem estar diretamente em contato com os pacientes, capazes de fazer uma triagem dos casos de alto risco. A mortalidade infantil compreende crianças que não completaram um ano de vida, dividida em duas fases: a neonatal, e a segunda fase denominada pós-neonatal. A fase neonatal subdivide-se em dois outros períodos, sendo estes, neonatal precoce, e neonatal tardio, podendo ser classificadas em casos evitáveis, casos não evitáveis e casos mal definidos. A mortalidade infantil tem aumentado ao longo dos anos na 6ª Regional de Saúde. Os dados epidemiológicos mostraram uma diminuição de 70% da mortalidade infantil entre 2011(27) e 2012(18). No entanto, quando comparamos 2013(16), e 2014(32), a mortalidade infantil apresenta aumento significativo. Observou-se um n=125, que é o total de casos de morte ao longo dos anos de 2011 a 2015, sendo a taxa de mortalidade infantil nesse período, para cada mil nascidos vivos, de 10,6. Foram encontradas 10 causas de mortes segundo o CID10, distribuídas entre as causas menos prevalentes, dentre elas, as neoplasias, doenças do sangue, e as doenças do aparelho respiratório. Entre as causas mais prevalentes destacaram-se as causas externas de mortalidade, as malformações cromossômicas, e as afecções do período perinatal. Foram sugeridas ações preventivas, como qualificar a assistência a todas as gestantes e às gestantes de alto risco; capacitação de todos os profissionais de saúde da atenção básica para que conheçam todas as referências regionais de atenção hospitalar às gestantes de alto risco; ampliação do acesso e definição de referência das ESFs para todas as gestantes a consultas e exames e acompanhamento, colaborar para que os coeficientes de mortalidade infantil diminuam, através de atenção especial para todas as gestantes de risco. O conhecimento dessas ações pode ser melhorado com base nos dados encontrados sobre a saúde da população da 6ª Regional de Saúde.

Palavras-chave: Mortalidade infantil. Enfermagem. Causas básicas.

¹ Graduado em Enfermagem.

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

³ Graduada em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (1982). Especialista em Políticas Públicas na Infância e na Adolescência pela Universidade Estadual de Maringá (1998); Mestrado (2000) e Doutorado (2007) pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, nas áreas de Saúde Materno-Infantil e Epidemiologia, respectivamente. Atualmente é Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, da Área Materno-infantil, docente da Graduação. Docente também no no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, e no Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem.

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

ABSTRACT: The present study aimed to investigate the death cases of children from birth until one year old, in localities of 6th Regional Health Administration (RHA) of União da Vitória-PR. The study was conducted in a documental research by quantitative, exploratory and descriptive method. Death cases in children, from birth to one year old were searched in the time period between 2011 and 2015. The search was conducted by Mortality Information System in each locality. The infant mortality increased over the years on the 6th RHA. Analysis of infant mortality is considered extremely important to the human health. Due to the nursing staffs be in directly contact with patients, they are able to make a triage of the high risk cases. Infant mortality may be classified in preventable cases, non-preventable cases and ill-defined cases. Epidemiological data showed a decrease of 70% of infant mortality between 2012 and 2011. However, when compare 2013 and 2014 between 2011, the infant mortality has been presented a significant increasing. Along the years 2011 to 2015, it was observed 125 death cases, which the mortality rate in this period was 10.6 children for each 1000 births. Preventive actions have been suggested, but the health knowledge on the population has been carried out in the 6th RHA. These actions may be improved on base of the data found.

Keywords: Infant mortality. Nursing. Causes.

1 INTRODUÇÃO

Uma das principais áreas para o desenvolvimento e crescimento humano é a saúde, que junto com a educação básica, o saneamento adequado, água potável, nutrição e planejamento familiar, bem como o bom desenvolvimento de uma região ou até mesmo de um país, indicam os resultados para análise das áreas críticas e não críticas. Afirma Ferrari (2012), que para o sucesso na gestão e avaliação da situação, os indicadores de saúde são a ferramenta fundamental.

Segundo Malta et al. (2007, *apud* BRASIL, 2009), as mortes infantis, ou seja, aquelas ocorridas em menores de um ano, podem ser classificadas em causas evitáveis, causas mal definidas e as demais causas que não são claramente evitáveis. As causas evitáveis podem ser listadas como reduzíveis: por ações de imunoprevenção, por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido, à mulher na gestação, à mulher ao parto, ao recém-nascido, por ações adequadas de diagnóstico e tratamento, por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde.

Muito se estuda sobre as causas de mortes infantis no Brasil e no mundo, tendo em vista o impacto das causas evitáveis e inevitáveis que trazem para a realidade da sociedade. Em se tratando de dados nacionais, com mais de 204 milhões de habitantes, distribuídos dentre os 26 estados mais o Distrito Federal, ao longo de mais de 5 mil municípios, o Brasil, com seu histórico de taxa de mortalidade por mil nascidos

vivos nos últimos anos, segundo dados do Ministério da Saúde descritas em Brasil (2013), no ano de 2000 a taxa era de 29.2, em 2001 de 27.48 e em 2002 foram 26.04, discordantes de algumas fontes de informação, comparando com tabela 1.

Para melhor organizar a assistência à saúde, o Estado do Paraná, levando em consideração as premissas do SUS de territorialização e regionalização, respeitando a cultura e diferenças sociais de cada região, é dividido em quatro Macrorregionais e 22 Microrregionais de Saúde, ou seja, as Regionais de Saúde, com identificação numérica de ordem crescente pelo estado. A Sexta Regional de Saúde totaliza 174.002 habitantes, faz fronteira com o Estado de Santa Catarina, abrangendo nove municípios que a circundam, sendo eles a cidade sede União da Vitória, seguida respectivamente pelos municípios de maior quantidade populacional: São Mateus do Sul, Cruz Machado, Bituruna, General Carneiro, Antônio Olinto, Paulo Frontin, Paula Freitas e Porto Vitória.

A área de abrangência da 6ª RS de saúde apresentou nos últimos anos um aumento significativo de mortalidade infantil, o que torna a escolha do tema relevante e remete à necessidade fundamental de investigar as causas que levaram ao óbito dessas crianças e o motivo desse acréscimo. Os riscos de morte estão associados, pensando na possibilidade de intervenção sobre eles, presumindo que a maioria são evitáveis.

O grupo de trabalho de enfermagem tem a possibilidade de intervenção e triagem do paciente com risco iminente, pois está em frequente convívio com o usuário. É atribuído ao enfermeiro e à equipe de saúde englobar a relevância da investigação de informações, uma vez que é necessário para o planejamento de novas ações. A atenção básica pode interferir diretamente na diminuição dos óbitos infantis, com ações de prevenção e promoção de saúde e com a assistência do profissional enfermeiro, que pode direcionar ações específicas para a evitabilidade das mortes infantis, oferecendo assistência à mulher em todas as fases do ciclo reprodutivo, e ao recém-nascido na assistência a puericultura (SANTANA, et. al 2011), ou seja, com uma assistência adequada, conseqüentemente alcançando os melhores indicadores perinatais (BASSO, NEVES, SILVEIRA, 2012). Perante a situação apresentada remete-se ao seguinte questionamento: Quais foram as causas de óbitos

infantis nos anos de 2011 a 2015 nos municípios da área de abrangência da 6ª Regional de Saúde?

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Mortalidade infantil, termo dado ao óbito de crianças que não completaram um ano de vida, dividida em duas fases: a neonatal que contempla às crianças que vão a óbito até alcançarem os primeiros 27 dias de vida, e a segunda fase denominada pós-neonatal, que engloba as crianças que evoluem para óbito a partir dos 28 dias, até os 364 dias de vida. A fase neonatal subdivide-se em dois outros períodos, sendo estes: neonatal precoce, que contempla os óbitos ocorridos nos seis primeiros dias de vida, e neonatal tardio, a partir do 7º dia ao 27º dia de vida do recém-nato (BITENCOURT, 2013).

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é conforme Fischer (2007),

Elaborada pelo número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, em um ano considerado. É um indicador estimando o risco de a criança nascida viva morrer antes de completar seu primeiro ano de vida.

Para Kolling (2011), em diversos países a mortalidade infantil é considerada como um grande problema de saúde pública, o que indica iniquidades, contextos sociais diferentes e contextos de saúde de toda a população deficiente. No mundo, aproximadamente 6,6 milhões de crianças menores de cinco anos morrem anualmente, destes, os óbitos no primeiro ano de vida representam 73%. E a mortalidade de crianças até um ano de idade no mundo até 2010 chegou ao quadro de 7,7 milhões. Nigéria, Guiné-Bissau, Niger e Mália são as áreas com os índices mais elevados de mortalidade infantil ao se tratar de ordem global (PNUD, 2010 *apud* FERRARI, 2012)

Ainda que os índices de mortalidade infantil no mundo estejam elevados, um compromisso da Organização das Nações Unidas (ONU) é a redução destas mortes precoces como um objetivo do milênio, alcançando indicadores dignos de vida para a população mundial. Esse objetivo tem exigido esforços nacionais e internacionais para a redução significativa das mortes de crianças menores de cinco anos (KOLLING, 2011).

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

Em acordo com Ferrari (2012), para manter os direitos humanos e a qualidade de vida e de saúde, reduzindo assim, os índices de mortalidade infantil, os governantes devem priorizar as políticas sociais, econômicas e de saúde para o alcance dos Objetivos do Milênio (ODM).

No mundo pode-se perceber que muitas são as iniciativas de apoio para a redução da mortalidade infantil, principalmente nos países em desenvolvimento e nos mais pobres (TAVARES et al., 2016). Levando em conta essa preocupação, em Nova Iorque, no ano 2000, foi realizada a Conferência do Milênio, apresentando a Declaração do Milênio pela Organização das Nações Unidas, integrando oito Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) representando um compromisso internacional em âmbito global (ONU, 2000 *apud* FERRARI, 2012)

No Brasil, apesar de a taxa de mortalidade infantil ter decaído de 52 óbitos por mil nascidos vivos (NV) em 1990 para uma média estimada de 13 óbitos por mil Nascidos Vivos em 2012, o que corrobora com os valores da tabela 1, os resultados atuais ainda permanecem incompatíveis com o nível de desenvolvimento econômico e tecnológico do país e representam duas a seis vezes os de países como Chile, Canadá, Cuba e Japão. Além disso, os dados nacionais encobrem iniquidades persistentes em relação à distribuição dos óbitos entre regiões geográficas e entre grupos populacionais no interior das regiões, estados e municípios (BARBOSA et al., 2014).

O Brasil motivou uma diminuição de 73% da mortalidade na infância, que se designa até cinco anos de idade, superior à média mundial, a qual esteve na faixa dos 40%. No início da década de 90, a nação brasileira documentava 58 óbitos a cada mil crianças nascidas, quantitativo que foi diminuindo para 16 em 2011, em comparação com valores diferentes, sendo fontes coerentes referentes à tabela 1 (FERNANDES; VIEIRA; SCOCHI; 2013).

A Tabela 1 aborda uma série histórica comparativa da mortalidade infantil no Brasil e no Paraná, a partir do ano 2000, expondo o desenvolvimento do processo de verificação da taxa de mortalidade infantil e nacional e estadual.

*Tabela 1 – relação das taxas de mortalidade infantil por mil nascidos vivos, dos anos 2000 a 2012, no Brasil e no Paraná – BR.

ANO	MORTALIDADE INFANTIL- BRASIL	MORTALIDADE INFANTIL - PARANÁ
-----	------------------------------	-------------------------------

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

2000	23,59	19,02
2001	22,60	18,06
2002	21,33	16,99
2003	20,44	16,33
2004	19,55	15,55
2005	18,56	14,72
2006	17,77	13,95
2007	17,01	13,44
2008	16,29	12,98
2009	15,55	12,60
2010	14,86	12,02
2011	14,25	11,76
2012	12,74	11,66

Fonte: Dados trabalhados SINASC/SIM e Projeto Busca ativa – Abril 2015.

Na tabela 1 encontram-se as taxas de mortalidade infantil por mil nascidos vivos dos anos 2000 a 2012. Como se pode notar ao lado esquerdo encontram-se os dados brasileiros, os quais comparados aos dados do Estado do Paraná (à direita) percebe-se que o Brasil apresentou um aumento nos índices de mortalidade infantil nos anos de 2000, 2001, 2002. E no Estado do Paraná, os maiores índices aconteceram nos anos de 2000 e 2001, decaindo nos anos seguintes, podendo estar correlacionado ao trabalho realizado pelos profissionais de saúde determinados pelo Ministério da Saúde, os quais estão baseados na prevenção e promoção de saúde. Atingem-se, assim, índices de mortalidade infantil esperados, mas não suficientes para alcançar os índices desejáveis.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080/90 (BRASIL, 1990), destaca como um de seus princípios o setor da epidemiologia para alocar recursos, estabelecer prioridades e orientar a população (BRASIL, 1990^a, cap. 2, art. 7º, item VII) e referem ainda diferentes aspectos da área de atuação da epidemiologia nos serviços de saúde, como forma de analisar a situação de saúde da população, até níveis mais específicos relativos às atividades diretas de vigilância epidemiológica. (BRASIL, 1990).

A vigilância epidemiológica proporciona conhecimento através de ações específicas, como a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças e agravos. Entre

as responsabilidades da vigilância epidemiológica, encontram-se a vigilância dos óbitos materno, infantil e fetal (BRASIL, 1990^a, art. 6^o, §2^o).

Com a finalidade de aprimorar a integração, organização e execução de ações e serviços de saúde em 2011, foi instituída a formação de Regionais de Saúde, como sendo um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado com base em identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados (BRASIL, 2011).

No âmbito da regionalização da assistência à saúde no Brasil, a ampliação da atenção primária possibilitou mais acesso da população aos serviços básicos de saúde, importantes para a mulher durante o pré-natal e após a gravidez, e da criança após a alta hospitalar. Essa ação contribuiu para a redução da mortalidade infantil, particularmente nos municípios mais pobres. Pode-se evidenciar também que, no país, quase a totalidade das crianças nascem em hospitais, sendo a maioria delas atendidas por médicos (KOLLING, 2011).

Estão relacionados no quadro 1 os municípios pertencentes à 6^a Regional de Saúde, com seus respectivos números de habitantes, o quantitativo de Equipes de Saúde da Família, e o número correspondente ao total da Cobertura Populacional alcançada pelas ESF, com os percentuais referentes ao mesmo (BRASIL, 2016).

Na tabela 2 encontram-se os números da população relativos ao censo de 2010, segundo tipo de domicílio, elencando também a taxa bruta de natalidade por mil habitantes no ano de 2014. Acrescenta-se, inclusive, um importante indicador tratando-se de mortalidade infantil que é o IDHM dos anos 1991, 2000 e 2010, sendo possível avaliar as características individuais de cada município, presentes nos dados apresentados.

Quadro 1 - Relação de Municípios, Número de Habitantes, Cobertura Populacional, Percentual e Número de Equipes de Saúde da Família, pertencentes à 6^a RS de União da Vitória – PR, no ano de 2016.

Municípios	Habitantes	Cobertura Populacional	Percentual (%)	Número de Equipes de Saúde da Família
Antônio Olinto	7.573	6.900	91	2
Bituruna	16.448	15.903	96	5
Cruz Machado	18.755	17.250	92	5
General Carneiro	14.039	13.635	97	5
Paula Freitas	5.737	5.491	95	2
Paulo Frontin	7.256	6.966	96	3

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

Porto Vitória	4.141	3.450	83	1
São Mateus do Sul	44.179	17.250	39	5
União da Vitória	55.874	27.600	49	8
6ª Regional de Saúde	174.002	114.445	82	36

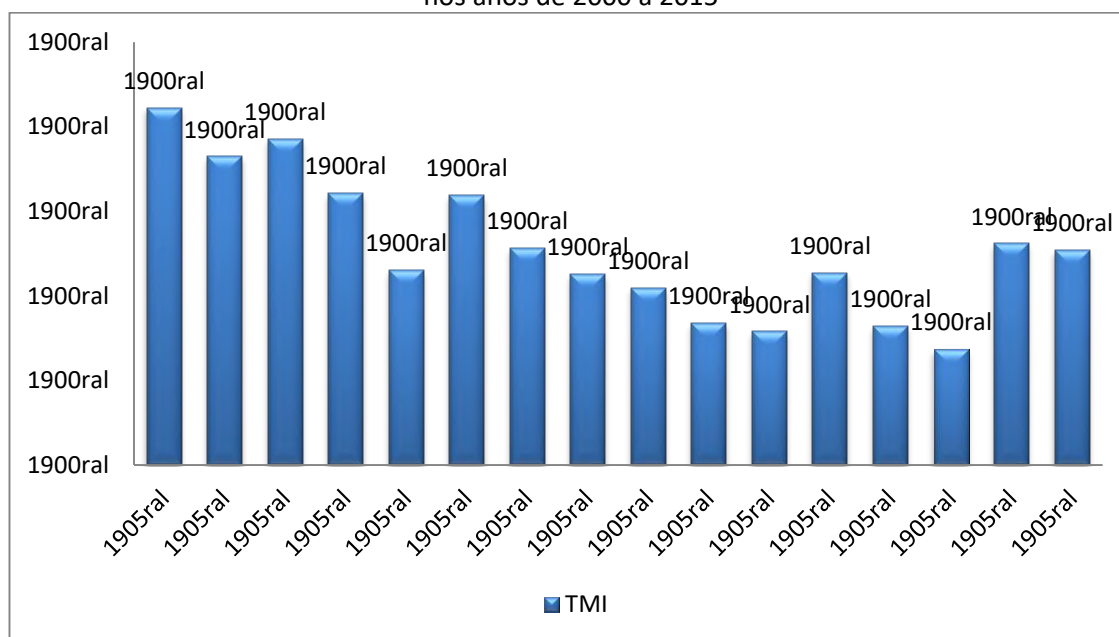
Fonte: BRASIL, 2016, disponível em: DAB/SAS/MS / última atualização fevereiro de 2016.

Tabela 2 - Taxa bruta de natalidade – 2014; e índice de desenvolvimento humano municipal segundo os municípios do Paraná - 1991/2000/2010, dos Municípios que compõem a 6ª Regional de Saúde do Paraná.

Municípios	Taxa Bruta de Natalidade por mil habitantes – 2014	IDHM		
		1991	2000	2010
Antônio Olinto	8,72	0,317	0,495	0,656
Bituruna	14,83	0,392	0,533	0,667
Cruz Machado	13,33	0,328	0,492	0,664
General Carneiro	16,24	0,381	0,532	0,652
Paula Freitas	11,5	0,439	0,592	0,717
Paulo Frontin	7,58	0,397	0,545	0,708
Porto Vitória	11,83	0,409	0,558	0,685
São Mateus do Sul	14,44	0,434	0,599	0,719
União da Vitória	14,69	0,521	0,663	0,740

Fonte: IBGE - Censo Demográfico - Dados do universo, IBGE, SESA-PR, IPARDES - Tabulações especiais; PNUD/IPEA/FJP - Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013.

GRÁFICO 01 – Série histórica de mortalidade infantil na 6ª Regional de Saúde – União da Vitória – PR, nos anos de 2000 a 2015



FONTE: SIM/DVVG/S/SCVGE/6ª RS

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA REDUÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS

O estudo da mortalidade infantil indica a realidade de vida das populações. É tema de políticas públicas, para a melhoria da atenção à população, espelhando-se em atitudes de países subdesenvolvidos, onde a taxa de óbitos de crianças de zero a um ano é menor (KOLLING, 2011).

Sabe-se que o que permeia as práticas de saúde são as políticas públicas voltadas para a área, as quais produzem um direcionamento nos serviços de estratégias para a qualidade de suas ações e de seus processos de trabalho (BRASIL, 2011).

Um dos pilares da atenção primária em saúde está relacionado à medicina preventiva, a qual se pode perceber na sua proposta, ou seja, que o indivíduo deve ser visto de forma integral pautada na assistência médica avaliando sua cultura, sua realidade e sua vida social para a prevenção e controle da doença (AROUCA, 2003).

Como afirma Della Latta (2008), as políticas públicas de saúde não devem ser implantadas e esquecidas, afinal, essas iniciativas são eficazes quando a mudança ocorre no comportamento da gestante e no seu cuidado com o recém-nascido.

O Pacto da Saúde de 2006 propôs mudanças na gestão e no processo de pactuação do Sistema Único de Saúde, onde se implantou a regionalização solidária, o pacto pela vida, o qual estabelece compromissos entre eles a redução da mortalidade infantil e materna, além do fortalecimento da atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família. Seus objetivos foram: reduzir a razão da mortalidade materna; reduzir insumos e medicamentos para o tratamento das síndromes hipertensivas no parto; qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto; reduzir a mortalidade neonatal; reduzir os óbitos por doença diarreica e pneumonia; apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes; criação de comitês de vigilância do óbito em municípios com população superior a 80.000 habitantes (BRASIL, 2011).

A Atenção Primária à Saúde é considerada uma estratégia de Atenção à Saúde, definida pelos critérios e diretrizes que os serviços devem proporcionar à população, sem restrições de faixas etárias e problemas de saúde, mantendo uma

atenção continuada centrada no indivíduo, na família e na comunidade, assim como na prevenção aos agravos e na promoção de saúde (BRASIL, 2011).

Para Tavares et al. (2016), com a real necessidade de mais estudos sobre a evitabilidade do óbito, muitos autores estruturaram listas de classificação das causas de mortes evitáveis para melhorar a questão das ações de prevenção e de promoção de saúde, buscando detectar a maioria das falhas na atenção à saúde das pessoas. No Brasil, o Ministério da Saúde supervisionou vários pesquisadores na construção de uma lista de causas evitáveis em menores de cinco anos por intervenções do Sistema Único de Saúde.

Tendo em vista que os fatores sociais interferem nos índices de mortalidade, para que se o evite, “o desafio adicional é diminuir as desigualdades da mortalidade infantil nos estratos sociais” (KOLLING, 2011), tomando-se estratégias coerentes com as diferentes realidades.

Iniciaram-se os comitês regionais de mortalidade infantil no Estado, em 1999, a fim de colaborar para a criação de políticas de saúde para diminuir as taxas de mortalidade (SANTOS, 2012).

A atuação dos comitês para auxiliar na redução da mortalidade infantil é de extrema relevância, e para a estruturação do mesmo, é recomendada a “realização de seminários, oficinas ou encontros para promover a sensibilização dos gestores, profissionais, instituições de saúde e entidades de sociedade civil” (BRASIL, 2009).

Para Mansano (2004), a finalidade dos comitês é a investigação de cada óbito, procurando determinar a evitabilidade destes e buscar medidas de prevenção. Pois, segundo o conceito da Associação Médica Americana adotado pelos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil (CEPMI), os óbitos evitáveis são aqueles que, considerando-se a ciência e a tecnologia existentes atualmente, poderiam ter sido poupados ou não deveriam ter ocorrido.

Os comitês realizam a investigação e a análise detalhada dos óbitos infantis no Paraná, o que permite uma correção da causa básica no sistema oficial de mortalidade (SIM), conferindo maior credibilidade ao sistema de informação. Com a realização desta análise é possível avaliar a relação da qualidade da assistência e as condições de acesso aos serviços de saúde. (DE FREITAS; ASSUNÇÃO; SILVA, 2008).

Portanto, o trabalho dos comitês pode ter impacto direto nas mortes evitáveis, porque quando se analisa o óbito infantil e a assistência prestada nos serviços, o profissional de saúde pode utilizá-los como indicadores da qualidade da assistência, o que pode possibilitar intervenções de forma rápida. (MANSANO, 2004).

Desde então, segundo informações da 6ª Regional de Saúde de União da Vitória, a maior dificuldade para os Comitês no Paraná foi a questão de dar um retorno aos municípios através das análises, podendo utilizar esses indicadores para a melhoria da assistência.

Partindo do princípio de que existiriam algumas dificuldades evidenciadas na atuação dos comitês, estes referiram algumas delas como: a falta de informações nos prontuários, a falta de registros legíveis, muitas incongruências entre as informações dos prontuários analisados e a entrevista com familiares, o que demonstra a importância de uma análise técnica e a constante busca em outras fontes de informação.

Essa busca de informação correta e verdadeira, segundo De Freitas; Assunção e Silva (2008), servem para dar visibilidade a todas as situações que precisam de investigação e intervenção, assim como revelam a grande importância da realização de estudos epidemiológicos de base populacional como um instrumento para desenvolver ações no campo da saúde pública, bem como o papel da epidemiologia na avaliação da qualidade na assistência à saúde, visando à incorporação do enfoque de risco, tanto na dimensão individual, como na coletiva.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização do presente estudo foram utilizadas: pesquisa quantitativa, exploratória, descritiva e documental.

Para Oliveira (2002), a pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar, permite ao pesquisador a obtenção de uma melhor compreensão de determinado fenômeno. E na quantitativa busca-se comparar informações, através da coleta delas, descobrindo-se e classificando-se a relação. A pesquisa exploratória define-se, segundo Oliveira (2002), como a “ênfase dada à descoberta de práticas ou diretrizes que precisam modificar-se e na

elaboração de alternativas que possam ser substituídas.”, o que proporciona maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses.

A documental utiliza fontes como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão, etc. (FONSECA, 2002).

Todos os dados de causas de óbitos infantis descritos nas declarações de óbito de crianças de zero a um ano e registrados no SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) com mães residentes nos municípios de abrangência da 6ª RS de União da Vitória.

A coleta de dados foi realizada no mês de junho de 2017 na sede da 6ª Regional de Saúde União da Vitória, na sala da Seção de Vigilância Epidemiológica (SCVGE), com o auxílio do chefe do setor explicando como funciona o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Os dados estatísticos são gerados através do tabulador TAB Win, sendo executada a tabulação, localizando no diretório TABWEB. Foram selecionados os nove municípios da 6ª Regional de Saúde, sendo nas linhas selecionado a Regional de Residência, selecionando somente a 6ª Regional de Saúde. Os anos de seleção foram 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, selecionados óbitos infantis (<7dias, 07 a 27 dias, 28 dias < 1 ano). Por fim, selecionadas as causas por capítulos do CID 10.

Estudaram-se o número e as causas de óbitos de crianças de zero a um ano nos anos de 2011 a 2015, através do Sistema de Informação de Mortalidade, por município de residência.

A análise foi realizada através de gráficos e tabelas elaboradas pelo programa Microsoft Office Excel 2010® após a compilação de todos os dados das causas dos óbitos ocorridos no período determinado para o estudo. Foi solicitada autorização por escrito ao diretor da 6ª Regional de Saúde, para a realização da pesquisa na instituição. Tratou-se de análise de documentos.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tabela 3 – Total de óbitos, número de nascidos vivos e taxa de mortalidade infantil da 6ª Regional de Saúde dos anos de 2011 a 2015.

6ª RS	TOTAL	Nº de Nascidos Vivos	Taxa de Mortalidade Infantil
2011	27	2299	11,7
2012	18	2196	8,2
2013	16	2339	6,8
2014	32	2417	13,2
2015	32	2521	12,7
TOTAL	125	11772	10,6

FONTE: O AUTOR (2017).

De acordo com a tabela 3 pode-se observar que no período de 2011 a 2015 ocorreram 125 óbitos de crianças de zero a um ano de idade, sendo o "n" da pesquisa, nos municípios que abrangem a 6ª Regional de Saúde, com uma taxa de mortalidade infantil média no quinquênio de 10,6 para cada mil nascidos vivos. Os dados epidemiológicos mostraram uma diminuição de 70% da mortalidade infantil entre 2011(27) e 2012(18). No entanto, quando comparamos 2013(16), e 2014(32), a mortalidade infantil apresenta aumento significativo.

Com o Programa das Nações Unidas para o Brasil, um dos objetivos da ONU é que o país cumpra as metas do Milênio até 2030, ou seja, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos (ONU, 2000).

Pela análise das causas básicas dos óbitos ocorridos nesse período, observa-se o aumento de algumas circunstâncias, levado em consideração o CID10, sendo uma das causas caracterizada por motivos externos de morbimortalidade descrito no capítulo XX do CID10, no qual ocorreu um salto de zero para três, de 2013 para 2014, respectivamente.

Para De Lima (2013), a questão da idade da mãe no momento de ter o filho pode ser um fator importante relacionado ao óbito infantil, principalmente quando existir um parto precoce ou mesmo a postergação da maternidade. Existem evidências de ocorrências de óbito para filhos de mães com menos de 20 anos e/ou de 35 anos de idade ou mais, podendo estar relacionadas a fatores comportamentais, socioeconômicos e biológicos.

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

Conforme Barbosa et al. (2014), diversos são os fatores de risco para a morte infantil, como: as condições biológicas, sociais, demográficas, econômicas, de vida e de saúde, além de que podem ser considerados fatores como: escolaridade da mãe, peso ao nascer, prematuridade, dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Para determinação do óbito infantil esses fatores devem ser organizados por relevância, sendo que o que estão associados mais fortemente são as características biológicas da mãe e do recém-nascido.

Uma das discussões importantes refere-se à questão dos resultados obstétricos adversos em mães adolescentes devido à imaturidade biológica, ou mesmo às más condições socioeconômicas para a vulnerabilidade ao óbito infantil. Outra discussão é a questão da maternidade em idade avançada associada a óbito de criança abaixo de um ano de idade, pois muitas mães estão em melhores condições socioeconômicas, menos impacto biológico em relação à gravidez e muitas vezes aparecem resultados obstétricos adversos (DE LIMA, 2013).

Muitas justificativas elencam-se para tal aumento de óbitos inesperados, mas segundo autores como Malta (2007), podem ser classificados como óbitos evitáveis: a assistência à mulher no pré-natal, ao parto e puerpério e ao RN nos primeiros seis dias de vida, fatores fundamentais para que esses dados se elevassem.

Deve ser levado em consideração também o número de nascidos vivos de cada ano, haja vista que isso gera grande impacto na taxa de mortalidade infantil, número de óbitos de uma determinada região, de certo espaço de tempo sobre o número de nascidos vivos do mesmo espaço geográfico no mesmo período, multiplicado por 1000, gerando-se aí a taxa de mortalidade infantil.

Com o aumento do número de nascidos vivos esperado para cada ano, houve um acréscimo médio de 220 crianças nascidas, comparando os extremos de anos 2011 e 2015.

De acordo com o estudo observou-se que o quantitativo de óbitos por doenças do aparelho respiratório representa 0,8% do total de óbitos dos cinco anos na 6ª Regional de Saúde, verificou-se um óbito no ano de 2011, ocorrido no município de Antônio Olinto, município que neste ano registrou um taxa de mortalidade infantil de 39,0 devido ao seu baixo número de nascidos vivos e significativo total de óbitos.

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

Dentre as causas de neoplasias (tumores), menos prevalentes com o total de um óbito, representaram 0,8% do total de óbitos dos cinco anos. Acometeu uma criança de zero a um ano do município de União da Vitória no ano de 2012, município que naquele ano teve uma taxa de mortalidade infantil de 10,8 para cada mil nascidos vivos.

As doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários também se apresentam como uma das menos prevalentes, com o total de 1 óbito, representaram 0,8% do total de óbitos dos cinco anos. Acometeu uma criança de zero a um ano, do município de General Carneiro no ano de 2013, onde no mesmo ano foi atingida a TMI de 10 a cada mil nascidos vivos.

As doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, mostrou o total de 2 óbitos, representaram 1,6% do total de óbitos dos cinco anos. O município de União da Vitória, responsável pelo óbito do ano de 2012, naquele ano atingiu a TMI de 10,8 para cada mil nascidos vivos. O segundo óbito do ano de 2015 é de responsabilidade do município de Porto Vitória, atingindo a TMI de 39,2 para cada mil nascimentos vivos na cidade, número de TMI expressivo devido ao baixo número de nascidos vivos.

As doenças do sistema nervoso, mostrou o total de 2 óbitos, representando 1,6% do total de óbitos dos cinco anos. O município de Porto Vitória foi responsável pelo óbito do ano de 2014, destacando a TMI de 20,4 para cada mil nascidos vivos. O segundo óbito foi registrado pelo município de Bituruna no ano de 2015, que contabilizou a TMI de 8,0 para cada mil nascidos vivos.

Destaca-se como a quinta causa mais prevalente as doenças infecciosas e parasitárias, com total de seis óbitos, representando 4,8% do total de óbitos dos cinco anos. Os óbitos destacados são de responsabilidade dos municípios de General Carneiro, Bituruna, Paulo Frontin, São Mateus do Sul e União da Vitória que nos anos dos óbitos codificaram, respectivamente, as TMI de 9.6, 4.3, 54.5, 9.4 e 15.8 para cada mil nascidos vivos.

Os sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte, descritos no capítulo XVIII, encaixaram-se como a quarta causa mais prevalente, com total de sete óbitos, representando 5,6% do total de óbitos dos cinco anos. Em 2011, Antonio Olinto, Porto Vitória, São Mateus do Sul e União da Vitória, obtiveram óbitos cadastrados, atingindo uma TMI de 39.0, 18.5,

15.6 e 7.9, respectivamente. Em 2012, Cruz Machado registrou um óbito com a TMI 5.0. Já em 2013, União da Vitória aparecem com dois óbitos, com a TMI 7.8 para cada mil nascidos vivos.

Classificado segundo Minayo (2009), como óbitos evitáveis, as causas externas de morbidade e mortalidade como terceira causa mais prevalente, total de oito óbitos, representam 6,4% do total de óbitos dos cinco anos. No ano de 2011, Bituruna e São Mateus do Sul apresentaram óbitos infantis com TMI 12.8, e de 15.6, respectivamente. Em 2014, General Carneiro e União da Vitória responsável pelos óbitos daquele ano com TMI 13.2, e 15.8, respectivamente. Em 2015, União da Vitória, aparecem com a TMI 12.4 para mil nascidos vivos.

A segunda causa mais prevalente foi às malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas descrita no capítulo XVII, como exemplificado no quadro dois, total de 33 óbitos, representam 26,4% do total de óbitos dos cinco anos. Consideradas causas de óbitos não evitáveis.

O motivo mais prevalente com 64 óbitos foi às afecções originadas no período perinatal, mostrando-se como um resultado impactante, como exposto no quadro 3, 51,2% do total de óbitos dos cinco anos é representado somente pelas causas do período perinatal.

Uma das principais causas de morte no período neonatal foi por afecções perinatais, fato que se confirma com a pesquisa de Santos et. al. (2016), a qual apresenta um estudo com uma população de crianças de zero a 1 ano de idade, que evoluíram para óbito após alta da maternidade, entre 2000 e 2013, em um município localizado na região norte do Estado do Paraná - Brasil.

Quadro 2 - Número total de óbitos por ano do cap. XVII CID10, com distribuição do nº de óbito por município, e TMI municipal do ano do óbito, dos municípios da 6ª Regional de Saúde de União da Vitória dos anos de 2011 a 2015

Ano do Óbito	Nº de óbitos por causas do Cap. XVII CID10	Nº e Município do óbito	TMI Municipal no Ano do Óbito
2011	5	3 São Mateus do Sul	15,6
		2 União da Vitória	7,9
2012	8	1 Paulo Frontin	29,4
		3 São Mateus do Sul	5,1
		4 União da Vitória	10,8
2013	3	1 Antônio Olinto	26,6
		1 Cruz Machado	12,6
		1 São Mateus do Sul	3,3

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

2014	7	1 Bituruna	16,4
		1 General Carneiro	13,2
		5 União da Vitória	15,8
2015	10	1 Antônio Olinto	27,8
		1 Cruz Machado	16,3
		3 General Carneiro	21
		1 Porto Vitória	39
		1 São Mateus do Sul	9,7
		3 União da Vitória	12,4

FONTE: O AUTOR (2017).

Confrontando com outra pesquisa realizada por Agranonik, Furstenau, Bandeira (2017), em que se buscou analisar alguns aspectos relacionados à mortalidade de crianças e adolescentes por causas externas no Rio Grande do Sul, no período 2000 a 2014, foram levantadas informações sobre óbitos ocorridos nas faixas etárias de 0 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, por sexo.

No período da pesquisa de Santos et. al. (2016) ocorreram 249 mortes infantis após a alta hospitalar no município, desse valor, 10% ocorreram no período perinatal, e 90% no período pós-neonatal. Foram registrados 72 óbitos de crianças decorrentes das malformações congênitas, 62 óbitos de crianças devido às causas externas; as doenças infecto-parasitárias foram responsáveis por 25 óbitos, e as afecções no período perinatal registraram 24 óbitos de crianças abaixo de um ano.

Seguindo a classificação das causas básicas de óbito do CID10, as principais causas de óbitos de crianças de 0 a 4 anos descritas no estudo elaborado por Agranonik, Furstenau, Bandeira (2017), assemelham-se com o resultado do presente estudo, sendo 48,8% dos óbitos devido a causas do período perinatal, 23,89% dos óbitos devido às anomalias congênitas, e 6,8% devido às causas externas de crianças abaixo de quatro anos.

Quadro 3 - Número total de óbitos por ano do cap. XVI CID10, com distribuição do nº de óbito por município, e TMI municipal do ano do óbito, dos municípios da 6ª Regional de Saúde de União da Vitória dos anos de 2011 a 2015

Ano do Óbito	Nº de óbitos por causas do Cap. XVI CID10	Nº e Município do óbito	TMI Municipal no Ano do Óbito
2011	13	1 Antônio Olinto	39
		2 Bituruna	12,8
		3 Cruz Machado	14,1
		1 General Carneiro	5,4
		3 São Mateus do Sul	15,6
		3 União da Vitória	7,9

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

2012	5	1 Antônio Olinto	29,4
		1 Bituruna	4,4
		1 Paulo Frontin	29,4
		2 União da Vitória	10,8
2013	9	1 Antônio Olinto	26,6
		2 Cruz Machado	12,6
		1 General Carneiro	10
		1 São Mateus do Sul	3,3
		4 União da Vitória	7,8
2014	18	3 Bituruna	16,4
		2 Cruz Machado	8
		1 General Carneiro	13,2
		2 Paulo Frontin	13,2
		5 São Mateus do Sul	9,4
		5 União da Vitória	15,8
2015	19	1 Antônio Olinto	27,8
		1 Bituruna	8
		3 Cruz Machado	16,3
		2 General Carneiro	21
		5 São Mateus do Sul	9,7
		7 União da Vitória	12,4

FONTE: O AUTOR (2017).

Pode ser observado com o quadro 4 o contraste de realidades dos municípios mais populosos com o número de óbitos, mas o impacto observa-se mesmo nos que possuem uma população mais baixa, nos quais o número dos óbitos causam um abalo nas estatísticas epidemiológicas, pois, se compararmos esse fator com os número encontrados na tabela 2, em que é apresentado o IDH municipal, poderemos analisar com um certo discernimento o impacto que causa um óbito no município e na região de saúde, afetando também o Estado como um todo.

Quadro 4 - Comparação do Nº de óbitos com o Nº de Habitantes da 6ª Regional de Saúde, nos anos de 2011 a 2015.

Municípios	Habitantes	Nº de óbito de 2011 à 2015
Antônio Olinto	7.573	8
Bituruna	16.448	11
Cruz Machado	18.755	13
General Carneiro	14.039	13
Paula Freitas	5.737	0
Paulo Frontin	7.256	5
Porto Vitória	4.141	4

São Mateus do Sul	44.179	27
União da Vitória	55.874	44
6ª Regional de Saúde	174.002	125

FONTE: O AUTOR (2017).

Nas últimas décadas pode-se acompanhar uma queda nos índices de mortalidade infantil no país, mas ainda são consideradas altas em algumas regiões, podendo estar ligadas às condições socioeconômicas e culturais e ainda às dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Para tanto, hoje se têm realizadas muitas ações de atenção à saúde da criança, pela grande preocupação dos profissionais da saúde com esta realidade.

Segundo Scliar (2007), o campo da saúde vem sendo compreendido como uma organização de assistência à saúde através do desenvolvimento de diversas ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, está sendo um dos fatores determinantes e condicionantes de saúde.

Para Oliveira (2005), a promoção de saúde deve acontecer através de um conjunto de ações educativas que visem harmonizar as mudanças de comportamento das pessoas e estarem embasadas no conhecimento e no repasse de informações valiosas, gerando mudanças dos estilos de vida da população assistida.

Pensando, então, neste contexto, é necessário que todas as ações educativas da atenção básica estejam ao alcance da promoção de saúde, partindo da compreensão dos profissionais de saúde em saber como estão os indicadores epidemiológicos relativos à mortalidade infantil na 6ª Regional de Saúde.

Este estudo de análise dos indicadores epidemiológicos permitiu conhecer melhor o problema da mortalidade infantil nos municípios pertencentes a 6ª Regional de Saúde e elaborar como sugestão algumas propostas de ações de educação em saúde que possam colaborar para a mudança dos coeficientes de mortalidade infantil.

Estas ações sugeridas têm como principal finalidade auxiliar os profissionais de saúde para que consigam atingir a população em geral no alcance da promoção da saúde e viabilizar a redução de indicadores de mortalidade infantil nos municípios do estudo, atenuando os problemas de saúde e favorecendo um ambiente mais saudável e adequado à qualidade de vida das pessoas.

Com a intenção de sugestões em campos de ação de promoção da saúde seguidos nos serviços de saúde e citados na Carta de Ottawa, conforme explica Westphal (2007), quando cita a importância de elaborar e implementar as políticas públicas saudáveis; devem-se realizar ações comunitárias em espaços saudáveis que apoiem a promoção da saúde; incentivar o desenvolvimento de habilidades pessoais capacitando os indivíduos para promoção de estilos de vida saudáveis; reorientar os serviços de saúde para ampliar o acesso aos serviços e programas disponibilizados.

4.1.1 Ações sugeridas

Estas ações estão representadas no quadro a seguir, como um *checklist* para que todos os profissionais de saúde possam verificar o que já está se realizando na Atenção Básica, o que pode ser implementadas e aquelas ações que são essenciais e importantes, ainda não sendo seguidas e nem mesmo implantadas na Atenção Básica de seus municípios.

Quadro 05: *Checklist* de ações essenciais para reduzir a mortalidade infantil

AÇÕES SUGERIDAS	SIM	NÃO	IMPLANTAR
Ampliação do acesso e definição de referência das ESFs para todas as gestantes a consultas e exames e acompanhamento.			
Colaborar para que os coeficientes de mortalidade infantil diminuam, através de atenção especial para todas as gestantes de risco.			
Realizar ações de prevenção em relação à sífilis congênita, por meio de testes de VDRL nas gestantes durante a gravidez e no ato do parto, assim como efetuar a notificação dos casos detectados de sífilis congênita.			
Realizar campanhas de prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) com diferentes grupos, atingindo trabalhadores em empresas, mulheres, gestantes, adolescentes, grupos de terceira idade e trabalhadores da saúde.			
Realizar na sala de espera, onde as gestantes aguardam pela consulta de rotina no pré-natal, grupos de gestantes nas Unidades de Saúde, as ações educativas com equipe interdisciplinar de saúde, reforçando em especial as questões de alimentação saudável para a mãe e o aleitamento materno e orientação ao cuidado com o bebê.			
Solicitar ao Comitê de Prevenção de Óbito Infantil e Fetal rotineiramente a investigação das causas de óbitos infantis na regional e a verificação das causas de óbitos específicas por município.			

Buscar ampliar a acessibilidade às consultas de atenção básica em pediatria.			
Realizar ações de prevenção de gravidez na adolescência em escolas com a equipe multidisciplinar. Também, nas Unidades de Saúde, os profissionais que acompanham o fornecimento de preservativos devem ser capacitados para a correta orientação em relação às dúvidas sobre sexualidade, respeitando o Estatuto da Criança e do Adolescente que prevê direito à privacidade do adolescente quanto a sua sexualidade.			
Realizar ações educativas mensais, para a redução da mortalidade infantil em todos os municípios da Regional de Saúde.			
Rever constantemente as ações estruturais e de assistência à saúde da criança, mulher, adolescentes, assim como seus investimentos.			
Ampliar o acesso aos serviços de saúde implantando ações para puericultura nas ESFs.			
Realizar busca ativa com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde, para as gestantes, puérperas ou recém-nascidos que necessitem de acompanhamento contínuo.			
Organizar para as gestantes ou mães com bebês recém-nascidos os grupos voltados à conscientização de cuidados com o corpo (mães) e do bebê, ações preventivas, como a importância da imunização por meio das vacinas, que podem favorecer a melhoria da qualidade de vida das mães e de seus filhos.			
Implementar em todos os municípios da regional, ações de incentivo ao aleitamento materno.			
Ofertar ações educativas voltadas ao Planejamento Familiar para todos os grupos.			
Formar grupos de discussão e informação entre todos os profissionais de saúde envolvidos com a redução da mortalidade infantil.			
Ter um Plano de Ações e Metas para a redução da mortalidade infantil como um compromisso assumido entre a regional e os municípios.			
Promover ações educativas de promoção de saúde que possam favorecer a qualidade de vida das pessoas e reduzir a mortalidade infantil.			
Todos os profissionais devem encontrar alternativas que possam buscar melhorias das condições gerais de vida das pessoas: como ampliar acesso ao Programa Bolsa Família, apoio nutricional, aumentar a cobertura de saneamento básico.			
Estabelecer espaços de debates e diálogos com todas as representações sociais.			
Promover a saúde buscando capacitar a população atendida para serem agentes de sua própria saúde.			
Incentivar toda a rede de saúde pública e hospitalar para aderir ao Programa de Humanização ao pré-natal e ao nascimento.			

Capacitar todos os profissionais de saúde da rede básica de saúde para a atenção integrada às doenças prevalentes na infância e infecções respiratórias agudas.			
Implementação do SISSAB (ESUS-AB) para o monitoramento informatizado de todas as ações da atenção básica.			
Capacitação de todos os profissionais para aprenderem a trabalhar em rede de atenção básica.			
Melhorar a qualificação de toda a rede de atenção pré-natal.			
Qualificar a assistência a todas as gestantes e às gestantes de alto risco.			
Capacitar todos os profissionais de saúde da atenção básica para que conheçam todas as referências regionais de atenção hospitalar à gestante de alto risco.			
Qualificar todos os profissionais de atenção básica para o conhecimento da rede Mãe Paranaense e Rede Cegonha.			
Implantar o seguimento pela atenção básica para crianças com risco de adoecer/morrer.			
Implantar o seguimento da gestante na atenção básica com risco social.			
Implantar o seguimento do prematuro na atenção básica egresso da UTI neonatal.			
Buscar a redução do número de gestantes fumantes, ou que reduzam o fumo.			
Realizar ações na atenção básica para prevenir as más formações congênitas.			

Fonte: O AUTOR (2017).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os dados estudados foi possível concluir que as mortes em menores de um ano podem ser classificadas em causas evitáveis, causas mal definida e as demais causas que não são claramente evitáveis.

Levando em consideração as premissas do SUS de territorialização e regionalização, a área de abrangência da 6ª RS está localizada no Município de União da Vitória, e de acordo com a investigação realizada as causas de óbitos em crianças de zero a um ano, ocorridos nos municípios que fazem parte desta região de saúde apresentaram nos últimos anos um aumento significativo de mortalidade infantil, o que torna estes índices importantes para a saúde pública.

Importante à observação do período de 2011 a 2015, onde ocorreram na 6ª Regional de Saúde, um óbito com a causa de Neoplasias (tumores), um óbito das Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários, e

um óbito do conjunto das doenças do aparelho respiratório, dois óbitos doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, dois óbitos das doenças do sistema nervoso, seis óbitos por algumas doenças infecciosas e parasitárias, sete óbitos por sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte, oito óbitos por causas externas de morbidade e mortalidade, trinta e três óbitos por malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, e sessenta e quatro óbitos descritas com algumas afecções originadas no período perinatal. Sendo assim totalizou 125 óbitos, de crianças de zero a um ano de idade, com uma taxa de mortalidade infantil média no quinquênio de 10,6 para cada mil nascidos vivos.

No início dos anos estudados encontrou-se um decréscimo de 70%, comparando o primeiro ano estudado com o segundo, porém, o importante e surpreendente dado encontrado foi o acréscimo comparando os anos de 2013 e 2014.

A população e amostra foram todos os dados de causas de óbitos infantis descritos nas declarações de óbito de crianças de zero a um ano e registrados no SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) com mães residentes nos municípios de abrangência.

Pela análise das causas básicas dos óbitos ocorridos nesse período, observa-se o aumento de algumas circunstâncias, levado em consideração o CID10, sendo que uma das causas caracterizada por motivos externos de morbimortalidade descrito no capítulo XX do CID10, onde ocorreu um salto de nenhuma morte para três, de 2013 para 2014.

O grupo de trabalho de enfermagem tem a possibilidade de intervenção e triagem do paciente com risco eminente, pois está em frequente convívio com o usuário. Para tanto, foram elencadas as possíveis medidas preventivas para a redução da mortalidade infantil por causas evitáveis, para a 6ª Regional de saúde de União da Vitória, tentando destacar as fragilidades da assistência para a mãe ou bebê, sendo repassados os pontos importantes de melhorias da atenção básica ou na atenção ambulatorial ou hospitalar, bem como o aprimoramento das tecnologias, para diagnósticos em benefício aos serviços de saúde existentes no SUS, sugerindo ações que possam contribuir para a redução da mortalidade infantil.

Partindo dos dados epidemiológicos encontrados, este estudo pretende colaborar com os municípios mostrando a realidade em relação à mortalidade infantil, para que todos possam refletir sobre as ações de promoção e educação em saúde condizente.

Cabe ressaltar que várias ações voltadas para a educação em saúde da população já são realizadas nos municípios da 6ª Regional, mas elas merecem ser ampliadas e aprimoradas com base nos indicadores encontrados, portanto, sugeriu-se uma lista de itens importantes para a promoção e prevenção de agravos para que os profissionais possam reavaliar ações específicas que estão sendo realizadas em cada município, buscando com esta leitura, fomentar e/ou melhorar os índices de mortalidade infantil.

REFERÊNCIAS

AGRANONIK, Marilyn; FURSTENAU, Carina Ribas; BANDEIRA, Marilene Dias. Aspectos da mortalidade de crianças e adolescentes por causas externas no RS, em 2000-14. Indicadores Econômicos FEE, v. 44, n. 4, p. 53-64, 2017.

AROUCA, Sergio. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Unesp, 2003.

BARBOSA, Thania Aparecida Gomes da Silva et al. Determinantes da mortalidade infantil em municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. Revista Mineira de Enfermagem, v. 18, n. 4, p. 907-922, 2014.

BASSO, Chariani Gugelmim; NEVES, Eliane Tatsch; SILVEIRA, Andressa da. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. Texto and Contexto Enfermagem, v. 21, n. 2, p. 269, 2012.

BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo; DIAS, Marcos Augusto Bastos; WAKIMOTO, Mayumi Duarte. Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. In: Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. 2013. p. 268-268.

BRASIL. IBGE. Taxas de mortalidade infantil. 2013. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

_____. Lei Orgânica da Saúde: Lei n 8.080. de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília. DF. p.18.055, 20 de Setembro de 1990. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/lei8080.htm>> Acesso em 10 de Novembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM no. 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF), e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) Diário Oficial da União: Poder Executivo. Brasília, DF, 24 de out.2011. Seção 1. P.48-55. 2011.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2009.

_____. SALA DE APOIO E GESTÃO ESTRATÉGICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Mortalidade Infantil. 2016. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 26 nov. 2016.

DE LIMA, Luciana Conceição. Idade materna e mortalidade infantil: efeitos nulos, biológicos ou socioeconômicos?. Revista Brasileira de Estudos de População, v. 27, n. 1, p. 211-226, 2013.

DELLA LATTA, M. T. Mortalidade infantil e políticas públicas de saúde em União da Vitória-PR-1999 a 2007. Canoinhas (SC): Universidade do Contestado, 2008.

DE FREITAS MATHIAS, Thais Aidar; DE ASSUNÇÃO, Amanda Nolasco; DA SILVA, Gisele Ferreira. Óbitos infantis investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil em região do Estado do Paraná. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 42, n. 3, p. 445-453, 2008.

DOS SANTOS, Elieni Paula et al. Mortalidade entre menores de um ano: análise dos casos após alta das maternidades. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 50, n. 3, 2016.

FERNANDES, Claudiane; DE LIMA VIEIRA, Viviane Cazetta; SCOCHI, Maria José. Mortalidade infantil e classificação de evitabilidade: pesquisando municípios da 15ª Regional de Saúde do Paraná/Infant mortality and avoidance classification: researching cities of the 15 parana health DOI: 10.4025/ciencuccuidsaude. v12i4. 16537. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 12, n. 4, p. 752-759, 2013.

FERRARI, Rosangela Aparecida Pimenta. Mortalidade neonatal no município de Londrina - Paraná: características maternas dos recém-nascidos, e uso do sistema de saúde, de 2000 a 2009. 2012. Tese (Doutorado em Cuidado em Saúde) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-19042012-080259/fr.php>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

FISCHER, Tatiana Konrad et al. A mortalidade infantil no Brasil: série histórica entre 1994-2004 e associação com indicadores socioeconômicos em municípios de médio e grande porte. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, v. 40, n. 4, p. 559-566, 2007.

FIGUEIREDO, 2000 *apud* BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo; DIAS, Marcos Augusto Bastos; WAKIMOTO, Mayumi Duarte. Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. In: *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade*. 2013. p. 268-268.

FONSECA, João José Saraiva da. *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: Uec, p. 65-75, 2002.

KOLLING, ANA FRANCISCA. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE SAPIRANGA, RS, ENTRE 2006 E 2009. 2011. Tese de Doutorado. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.

MALTA et al. 2007 *apud* BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. 2009.

MANSANO, Nereu Henrique et al. Comitês de prevenção da mortalidade infantil no Paraná, Brasil: implantação e operacionalização. *Cad Saude Publica*, p. 329-332, 2004.

OLIVEIRA, Sílvio Luiz de. *Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, monografias, dissertações e teses*. São Paulo, Pioneira, 2002. 001.42/O48t/Livros.

OLIVEIRA, D.L. A nova saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latino-am Enfermagem*. v. 13, n. 3, p. 423-431, 2005.

ONU, 2000 *apud* FERRARI, Rosangela Aparecida Pimenta. Mortalidade neonatal no município de Londrina - Paraná: características maternas dos recém-nascidos, e uso do sistema de saúde, de 2000 a 2009. 2012. Tese (Doutorado em Cuidado em Saúde) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-19042012-080259/fr.php>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

PNUD, 2010 *apud* FERRARI, Rosangela Aparecida Pimenta. Mortalidade neonatal no município de Londrina - Paraná: características maternas dos recém-nascidos, e uso do sistema de saúde, de 2000 a 2009. 2012. Tese (Doutorado em Cuidado em Saúde) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-19042012-080259/fr.php>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

SANTANA, Isadora Porte et al. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a17v24n4.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

SANTOS, Hellen Geremias dos. Fatores de risco para mortalidade infantil em Londrina (PR): análise hierarquizada em duas coortes de nascidos vivos. Londrina, 2012. 120f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012. Disponível em: <<http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/116.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. Physis: Rev. Saúde Coletiva, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

TAVARES, Lívia Teixeira et al. Mortalidade infantil por causas evitáveis na Bahia, 2000-2012. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, v. 10, n. 3, 2016.

WESTPHAL, M.F. Promoção da Saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS et al. Tratado de Saúde Coletiva: 635-668. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/FIOCRUZ, 2007.

O USO DO ECULIZUMAB NO TRANSPLANTE RENAL

Poliana Silva de Oliveira
Letícia Djelma Monteiro Alves de Lima
Folmer Quintão Torres

RESUMO: O transplante renal é uma opção de tratamento para os pacientes que possuem doença renal crônica. A reação de rejeição de enxertos começa quando os linfócitos- células atuantes na rejeição de transplantes, que diferenciam o tecido self do não-self. Com isso, é necessário desenvolver uma estratégia que permita ao receptor manter o órgão transplantado em estado de tolerância imunológica, justificando assim o uso de imunossuppressores em doses adequadas, que previnem a rejeição do enxerto, não aumentem o risco de infecções e de neoplasias. O eculizumab é um imunossupressor que tem sido muito utilizado para tratar a síndrome hemolítico-urêmica atípica (SHUa), definida como anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e insuficiência renal aguda, e para prevenir a rejeição mediada por anticorpos pós-transplante renal, além de também ser utilizado como profilaxia em transplantes de alto risco para estas condições. O uso do eculizumab foi de grande utilidade no controle da recidiva da SHUa e preservação do enxerto, sendo que a sua utilização pós-transplante renal tem mostrado melhora hematológica e melhora da função renal, possibilitando assim uma melhora na qualidade de vida desses pacientes.

Palavras-chave: eculizumab; transplante renal; enxerto; síndrome hemolítico-urêmica.

ABSTRACT: Renal transplantation is a treatment option for patients with chronic kidney disease. A graft rejection reaction begins when lymphocytes-cells that are involved in transplant rejection, which differentiate the self tissue from the non-self. Therefore, it is necessary to develop a strategy that allows the recipient to keep the transplanted organ in a state of immunologic tolerance, thus justifying the use of immunosuppressants in adequate doses, which prevent a graft rejection, do not increase the risk of infections and neoplasias. What is widely used to treat atypical hemolytic-uremic syndrome (HUS), such as renal hyperemia, renal hypertension, and renal failure, and to prevent kidney-mediated antibody-mediated rejection, as well as being used as prophylaxis in high risk for conditions. The use of eculizumab of great utility without control of the recurrence of SHUa and graft preservation, and its post-renal transplantation use has appeared hematological improvement and improvement of renal function, thus enabling an improvement in the quality of life of patients.

Key Words: eculizumab; kidney transplantation; graft; hemolytic-uremic syndrome.

1 INTRODUÇÃO

O transplante renal é considerado o tratamento mais eficaz para a doença renal crônica. O transplante de órgãos nos seres humanos começou a ser realizado no início do século XX e com o avanço da Medicina, foram desenvolvidos os imunossuppressores para serem utilizados no controle e na prevenção da rejeição dos transplantes. A associação entre a azatioprina e a prednisona, introduzidas em 1962, foi o primeiro esquema de imunossupressão eficaz e seguro e, ainda hoje, é utilizado em alguns pacientes. A introdução da ciclosporina em 1978 aumentou as taxas de sucesso do transplante renal, sendo que os resultados do deste variam com a história clínica do receptor e com o tipo de enxerto, podendo este proceder de doador cadáver ou vivo, fazendo com que a escolha do esquema de imunossupressão dependa da

relação entre o hospedeiro e o enxerto, dispondo-se de um arsenal de imunossuppressores capaz de intervir em vários mecanismos da resposta imunológica. Atualmente, a introdução do eculizumab na prática clínica tem se mostrado efetiva para prevenção de rejeição de enxertos e tratamento da síndrome hemolítico-urêmica pós-transplante renal. (Teixeira, 2011.)

1.1 OBJETIVOS

O presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre a eficácia do imunossupressor Eculizumab na prevenção da rejeição mediada por anticorpos no transplante renal e no tratamento da síndrome hemolítico-urêmica pós-transplante renal.

1.2 JUSTIFICATIVA

Devido à alta incidência de mortalidade em pós-transplantados com síndrome hemolítico-urêmica, faz-se necessário um estudo sobre novas possibilidades de tratamento eficaz, sendo importante avaliar a aplicabilidade e a importância do uso do eculizumab nesses casos.

1.3 METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa de revisão sistemática da literatura sobre o uso do eculizumab no transplante renal. A busca de referências se limitou a artigos escritos em português, inglês e espanhol, publicados entre 2010 e 2017, pesquisados nas bases de dados on-line *Pubmed*, *Scielo*, *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)* e *Elsevier* durante o período de 24 de março a 17 de abril de 2017. Como palavras-chave utilizaram-se: eculizumab, transplante renal, imunossupressão, rejeição de enxerto e síndrome hemolítico-urêmica. Cartas, dissertações e teses foram excluídas do estudo, bem como artigos que não apresentavam coerência com o tema pesquisado ou que apresentassem ano de publicação anterior ao ano 2010.

2 DISCUSSÃO

As primeiras experiências de transplante de órgãos sólidos no ser humano foram realizadas durante a primeira metade do século XX. Desde então surgiram pesquisas para desenvolver fármacos ou medidas capazes de controlar a resposta imunológica para evitar o fenômeno da rejeição dos transplantes. Os corticosteroides foram os primeiros imunossupressores desenvolvidos, com início de seu uso em 1950. Com o avanço da Medicina, juntamente com pesquisas cada vez mais profundas, surgiram novos imunossupressores mais potentes e mais seletivos que atuam na cascata de ativação das células T, responsáveis pela rejeição do enxerto. A descoberta da ciclosporina nos anos 1980 foi fundamental, na medida em que permitiu o aumento significativo da sobrevivência do enxerto. A partir da década de 1990, outros agentes biológicos- como os anticorpos monoclonais- e químicos- como micofenolato de mofetil- começaram a ser comercializados. Com o aumento da variedade de imunossupressores, aumentou-se o arsenal terapêutico para profilaxia e tratamento da rejeição de enxertos nas fases aguda e crônica. (Teixeira, 2011.)

O transplante renal é uma opção de tratamento para os pacientes que possuem doença renal crônica avançada. O transplante renal é considerado a melhor alternativa de substituição da função renal, que consiste na doação de um rim saudável de uma pessoa viva ou falecida a um paciente portador de insuficiência renal crônica avançada. Esse rim transplantado passa a exercer as funções renais no paciente, tendo como principal objetivo a melhora da qualidade de vida do paciente. Grande parte da morbimortalidade que ocorre no transplante renal pode estar relacionada com a imunossupressão, porque ao prevenir a rejeição do enxerto, torna-se o organismo susceptível a infecções e a neoplasias. Torna-se, portanto, um desafio constante a administração de imunossupressores que são capazes de inibir a rejeição ao órgão transplantado sem afetar o sistema imunológico com o surgimento de infecções oportunistas e neoplasias. (Teixeira, 2011.)

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

A reação de rejeição de enxertos começa quando os linfócitos- células atuantes na rejeição de transplantes, que diferenciam o tecido self do não-self-, reconhecem os antígenos estranhos nas células do enxerto, apresentados diretamente aos linfócitos do hospedeiro pelas células apresentadoras de antígenos, que normalmente são as células dendríticas e os macrófagos. Existem três tipos de rejeição do enxerto: a hiperaguda, que acontece dentro de minutos a dias após o transplante e é mediada principalmente por anticorpos pré-formados; a aguda, mediada principalmente pelos linfócitos T e pode ocorrer entre uma e três semanas ou de três a seis meses após o transplante sem terapêutica imunossupressora; a crônica, que ocorre após meses ou anos e é a causa mais comum de perda do enxerto a partir de um ano. (Teixeira, 2011.)

Com isso, é necessário desenvolver uma estratégia que permita ao receptor manter o órgão transplantado em estado de tolerância imunológica, justificando assim o uso de imunossupressores em doses adequadas, que previnem a rejeição do enxerto, não aumentem o risco de infecções e de neoplasias. Os imunossupressores podem ser usados de três maneiras: dose alta ou terapêutica de indução para prevenir a resposta imunológica primária imediatamente após o transplante, dose baixa ou terapêutica de manutenção após a estabilização da função do enxerto ou dose alta adicional para tratar a rejeição aguda. (Teixeira, 2011.)

O sistema do complemento desempenha um papel importante na mediação dos processos de doença e rejeição dos transplantes renais. O eculizumab é um imunossupressor que tem sido muito utilizado para tratar a síndrome hemolítico-urêmica atípica (SHUa) e para prevenir a rejeição mediada por anticorpos (AMR) pós-transplante renal, além de também ser utilizado como profilaxia em transplantes de alto risco para estas condições. A síndrome hemolítico-urêmica (SHU), é uma doença grave, pouco prevalente, que pode acontecer em qualquer idade e possui apresentação esporádica ou familiar, podendo ser sistêmica, de caráter crônico e progressivo, causada por mutações das proteínas do sistema complemento que levam à perda permanente dos inibidores naturais desse sistema, culminando na ativação descontrolada da via alternativa dos componentes terminais do complemento e produção do componente C5a e do complexo de ataque à membrana (MAC). A SHU se define pela tríade: anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e insuficiência renal aguda. A lesão histológica da SHU caracteriza-se pelo aparecimento de microangiopatia trombótica sistêmica, que afeta preferencialmente os vasos renais, levando ao espessamento de arteríolas e capilares,

com dano epitelial, acúmulo de proteínas, células e fibrina no subendotélio e trombos plaquetários na luz dos vasos, ocasionando obstrução. A SHU pode ser classificada como típica ou atípica. A típica (90%) é secundária à infecção por *E. coli*, produtora de toxina *Shiga-like*, ocorre por contato direto de pessoa para pessoa e tem maior incidência em menores de 2 anos, com quadros de diarreia sanguinolenta característicos, recorrência rara e melhor prognóstico, com evolução para a cura em menos de 2 semanas. Já a forma atípica (5%) ocorre por alterações do sistema do complemento, pode ser genética e tem mau prognóstico, com recorrências frequentes e alta taxa de mortalidade durante a fase aguda. Esta possui como principais etiologias infecções, doenças autoimunes, HIV, transplante de órgãos, dentre outras. (Loirat, 2013). A mortalidade e doença renal terminal (DRT) ocorrem em 33-40% dos casos de SHUa em fase aguda. Mesmo recorrendo a troca terapêutica ou transfusões de plasma, 65% de todos os pacientes tem ao menos uma das seguintes complicações no primeiro ano após o diagnóstico: necessidade de diálise, DRT ou óbito. A plasmaférese foi o tratamento padrão por anos, com resultados desfavoráveis, pois não apresentava bons resultados no resgate da função renal e nem na prevenção da perda do enxerto, levando à doença renal crônica terminal ou morte em aproximadamente 40% dos pacientes durante as primeiras manifestações clínicas. Não existem critérios diagnósticos objetivos para SHUa, uma patologia que pode cursar com manifestações clínicas presentes em outras microangiopatias trombóticas. O atual manejo da SHUa consiste de troca terapêutica de plasma, eculizumab e transplante hepático e renal (Farias et al, 2016.)

O uso do eculizumab foi de grande utilidade no controle da recidiva da SHUa e preservação do enxerto. Essa droga é um anticorpo monoclonal, humanizado, que atua inibindo a clivagem da proteína C5 do complemento em C5a e C5b, evitando assim a formação do complexo de ataque da membrana (MAC) e, conseqüentemente diminui a possibilidade da rejeição do transplante mediada por anticorpos, por inibir a via terminal do complemento. O eculizumab bloqueia os efeitos pró- inflamatórios e citolíticos da ativação do complemento terminal e isso reduz a hemólise intravascular crônica mediada pelo complemento, possuindo assim um papel preventivo e terapêutico dessas complicações. (Barnett et al, 2013.) Seu uso possui poucos efeitos adversos, como hipertensão arterial, cefaleia, infecções do trato respiratório superior, infecções do trato urinário, náusea, vômitos, diarreia, dor abdominal, anemia, leucopenia, peritonite, esclerose venosa no local da infusão, bacteriúria assintomática, infecção pelo vírus influenza e, sendo o mais importante, o aumento do risco de infecção por *Neisseria*, pelo

fato de a bactéria ser altamente dependente do MAC. Devido a isso, pacientes em uso de eculizumab devem receber a vacina polivalente no mínimo 2 semanas antes do início do tratamento e, caso a medicação seja usada antes deste período, o paciente deve receber antibioticoterapia profilática. Pelo fato de a vacina não proteger de todos os sorotipos da bactéria, é indicada a profilaxia ininterrupta. (Vaisbich et al, 2014.). Antibióticos profiláticos são considerados durante todo o tratamento. Os doentes com SHUa, tratados com eculizumab, devem ser monitorizados por meio de contagem de plaquetas, níveis séricos de LDH, podendo necessitar de um ajuste de dose. (Teixeira et al, 2015.). Recentes estudos apontam para a eficácia do eculizumab tanto na profilaxia quanto no tratamento da SHUa pós-transplante renal, mesmo nos casos com alto risco de recidiva detectado por anomalias genéticas. Contudo, ainda não existem estudos que indiquem por quanto tempo o tratamento com essa droga deve acontecer. (Teixeira et al, 2015.). Deve-se iniciar o eculizumab como tratamento de primeira escolha sem plasmaférese prévia, pois a terapia anticomplemento precisa ser iniciada assim que possível para interromper a progressão da doença e evitar danos irreversíveis aos órgãos do paciente, melhorando, assim, o seu prognóstico. (Farias et al, 2016.)

O transplante de rim nos pacientes com SHUa é comprometido pela alta taxa de recidiva da doença, principalmente pelas mutações nas proteínas do complemento. Como essas proteínas são sintetizadas pelo fígado, apenas o transplante renal não corrige esse defeito. Diante disso, o transplante fígado-rim apresenta-se como uma opção terapêutica para esses pacientes, embora apresente alto custo e maior morbimortalidade em curto prazo, sendo melhores resultados verificados em longo prazo. (Teixeira et al, 2015.)

O uso do eculizumab em pacientes com SHUa pós-transplante renal tem mostrado melhora hematológica e melhora da função renal, mesmo em paciente há meses em diálise, logo após a primeira dose, possibilitando assim uma melhora na qualidade de vida desses pacientes. Com o uso desta medicação, os pacientes não necessitam de plasmaférese e nem de diálise. Atualmente, recomenda-se o eculizumab como primeira escolha de tratamento da SHUa em pacientes pediátricos e no pós-transplante, com o objetivo de não ter a rejeição do enxerto. Estudos sugerem que caso o transplante seja realizado com doador vivo, é necessária a realização conjunta de plasmaférese na semana anterior ao transplante; já em caso de doador falecido, a plasmaférese deve ser realizada no dia anterior e no dia seguinte do transplante renal associada ao eculizumab visando sempre a não rejeição ao transplante. No entanto, estudos mais recentes mostram que bons resultados de não rejeição ocorrem apenas com o uso do eculizumab,

fato que mostra que essa droga é eficaz no controle da reativação da SHUa e na prevenção da perda do enxerto pós transplante renal, mesmo com a introdução tardia da droga. A terapia precoce ainda é um desafio, para muitos serviços do país, pela dificuldade de acesso e alto custo do medicamento. Nos pacientes com SHU típica, ainda não foi estabelecido se o uso de eculizumab traz melhora no prognóstico. (Vaisbich et al, 2014.)

3 CONCLUSÃO

Portanto, o futuro da terapêutica imunossupressora no transplante renal consiste no desenvolvimento de uma abordagem antígeno-específico, cuja meta é a tolerância imunológica do hospedeiro, ou seja, a prevenção específica e segura da rejeição do transplante, com a manutenção da integridade do sistema imunológico. Observa-se que é um desafio constante a administração de imunossupressores, pois estes devem ser administrados em doses adequadas, na medida em que ao prevenirem a rejeição do enxerto, não aumentem o risco de infecções e de neoplasias. (Teixeira, 2011.)

Devido à melhor compreensão do fenômeno de rejeição de enxertos, foram desenvolvidos imunossupressores com mecanismos de ação cada vez mais específicos e mais potentes como o eculizumab no transplante renal. Essa droga tornou-se uma esperança para a redução da rejeição de transplantes renais e, conseqüentemente, foi um marco no manejo da SHUa, pois melhorou o prognóstico dos pacientes, sendo recomendado hoje como primeira escolha para o tratamento da SHUa, pelo fato de modificar o curso clínico da doença, com melhora das funções hematológicas e renais e com efeitos adversos toleráveis. (Nester, 2013)

REFERÊNCIAS

ALONSO, José M. Camacho; CAMACHO, Vanesa Rosa; MANSO, Guillermo Milano. Síndrome hemolítico urémico. **Anales de Pediatría Continuada**, v. 11, n. 4, p. 187-196, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1696281813701379>>. Acesso em 17 Abr. 2017.

BARNETT, A. Nicholas R. et al. The use of eculizumab in renal transplantation. **Clinical transplantation**, v. 27, n. 3, p. E216-E229, 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23516966>>. Acesso em 17 Abr. 2017.

CICORA, Federico; MOS, Fernando; ROBERTI, Javier. Trasplante renal en pacientes con anticuerpos dirigidos contra donante. **Medicina (B. Aires)**, Ciudad Autónoma de Buenos Aires , v. 74, n. 5, p. 400-403, oct. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802014000500011&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 24 Mar. 2017.

FARIAS, João Samuel de Holanda et al. Um caso de recuperação da função renal na síndrome hemolítico-urêmica tratada com eculizumab. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 38, n. 1, p. 137-141, Mar. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002016000100137&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Mar. 2017.

LOIRAT, C. Síndrome hemolítico urémico infantil. **EMC-Pediatria**, v. 48, n. 1, p. 1-14, 2013. Disponível em: <<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1245178913641657>>. Acesso em 17 Abr. 2017.

NESTER, Carla M.; BROPHY, Patrick D. Eculizumab in the treatment of atypical haemolytic uraemic syndrome and other complement-mediated renal diseases. **Current opinion in pediatrics**, v. 25, n. 2, p. 225-231, 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23486421>>. Acesso em 17 Abr. 2017.

TEIXEIRA, Claudia Iglesias et al . Uso de Eculizumab na síndrome hemolítica urêmica atípica após transplante renal. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 37, n. 1, p. 127-130, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002015000100127&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Mar. 2017.

TEIXEIRA, Sara Beatriz Vasconcelos. **Transplante Renal: os Novos Imunossupressores**. 2011. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30451/1/Transplante%20Renal%20-%20Os%20Novos%20Imunossupressores.pdf>> Acesso em 24 Mar 2017.

VAISBICH, Maria Helena et al. Síndrome Hemolítico-Urêmica na infância. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 36, n. 2, p. 208-220, 2014. Disponível em: <http://observatorio.fm.usp.br/bitstream/handle/OPI/10740/art_VAISBICH_Sindrome_HemoliticoUremica_na_infancia_2014_por.PDF?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 17 Abr 2017.

PACIENTES RENAI CRÔNICOS EM PROCESSO DE HEMODIÁLISE NO MUNICÍPIO DE CANOINHAS: SUGESTÃO DE PROTOCOLO DE ORIENTAÇÕES

Jaqueline dos Santos Chagas¹
Loreni Maria Rosenscheg²
Marly Terezinha Della Latta³
Rosmarí Deggerone⁴
Elias da Costa⁵
Marcos Joaquim Vieira⁶

RESUMO: A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma doença progressiva, caracterizada por uma crescente incapacidade do rim em manter níveis normais dos produtos do metabolismo das proteínas e valores normais da pressão arterial e do hematócrito, bem como o equilíbrio ácido-básico. Para o tratamento da IRC a hemodiálise é a mais indicada, sendo um procedimento através do qual uma máquina limpa e filtra o sangue, ou seja, faz parte do trabalho que o rim doente não pode fazer. O procedimento libera o corpo dos resíduos prejudiciais à saúde, como o excesso de sódio e de líquidos. Também controla a pressão arterial e ajuda o corpo a manter o equilíbrio de substâncias como sódio, potássio, uréia e creatinina. As sessões de hemodiálise são realizadas geralmente em clínicas especializadas ou hospitais. E na maioria das vezes pelo próprio SUS. Sendo assim, a qualidade de vida e estilo dos pacientes altera muito. Porque “vivem” em função de uma máquina, sendo que a maioria realiza as sessões três vezes na semana. Nem sempre há este serviço disponível em seu município, então precisam realizar uma viagem, até chegar em centros maiores que a prefeitura tem convênio, para realizarem as sessões. O objetivo do trabalho é elaborar um protocolo de orientações para UBS no intuito de melhorar a qualidade de vida e que sejam melhores assistidos os pacientes renais crônicos em processo de hemodiálise em Mafra/SC e que residem no município de Canoinhas/SC no ano de 2017. E para realizar este protocolo, foi aplicado um questionário com perguntas fechadas sobre o cotidiano, idade, há quanto tempo faz hemodiálise, quais as maiores dificuldades enfrentadas no tratamento, entre outros. É uma pesquisa de natureza aplicada, pois pretende gerar conhecimentos para a aplicação prática de soluções de problemas específicos. Sendo ela, qualiquantitativa. A população e amostra são pacientes que residam em Canoinhas, e que realizem hemodiálise no município de Mafra/SC. O critério de inclusão é ser um paciente com insuficiência renal crônica, do município de Canoinhas/SC que realize hemodiálise frequentemente, e assine o TCLE, apenas. O local da pesquisa foi no município de Canoinhas, onde residem os pacientes, para poder investigar o cotidiano do mesmo. A coleta de dados foi realizada uma entrevista individualmente com a amostra, com perguntas objetivas sobre cotidiano, doença, tratamento, qualidade de vida, etc. Sendo que os usuários foram abordados em seus domicílios. Na análise dos dados pode-se observar que a maior dificuldade dos pacientes é no deslocamento, pois deslocam 60 km do município de Canoinhas até Mafra. Desmotivando muitos deles pela demora, e que durante várias vezes deixam de ir nas

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

⁶ Graduado em Farmácia. Mestre em Desenvolvimento Regional. Docente das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

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

sessões. Houve muitas reclamações dos pacientes pela falta de compreensão da família e de pouca colaboração no tratamento, mas o foco principal foi a falta de assistência por parte das UBS, bem onde não deveria haver problemas, houve queixas da falta de acesso por parte dos usuários. E a preocupação foi grande, pois as causas da IRC destes pacientes são a diabetes, HAS, lúpus, e que são tratáveis na saúde pública, através de consultas rotineiras, e principalmente educação continuada de enfermagem. São muitas orientações para estes pacientes, por isso a sugestão de um protocolo do Ministério da Saúde, para com pacientes renais crônicos.

Palavras-chave: Hemodiálise, qualidade de vida, paciente, insuficiência renal crônica.

ABSTRACT: Chronic Kidney Failure (CRF) is a progressive disease characterized by a growing inability of the kidney to maintain normal levels of protein metabolism products and normal values of blood pressure and hematocrit, as well as acid-base balance. For the treatment of CKD a hemodialysis is more indicated, so, since it is a machine, you can use it. The procedure releases the body from wastes harmful to health, such as excess sodium and liquids. It also controls a blood pressure and helps or body to maintain the balance of substances like sodium, potassium, urea and creatinine. Hemodialysis sessions are usually performed at specialist clinics or hospitals. And most of the time by SUS itself. Therefore, a quality of life and style of the patients changes a lot. Because they "live" in function of a machine, most of which perform as sessions three times a week. Not always in your location in your county, then take a trip, to places in centers larger than a pre-cure to covenant, to hold as sessions. The objective of the study is to prepare a protocol for guidelines for UBS with no intention to improve the quality of life and are best assisted to chronic renal patients undergoing hemodialysis in Mafra / SC and residing in the municipality of Canoinhas / SC in the year 2017 And for the accomplishment of this protocol, a questionnaire was applied with closed questions about daily life, age, how long hemodialysis has taken place, which are the greatest difficulties faced in the treatment, among others. It is a research of an applied nature, it will create knowledge for a practical application of solutions of specific problems. Being it, it is quantitative. A population and sample are patients residing in Canoinhas, and who undergo hemodialysis in the municipality of Mafra / SC. The inclusion criterion is a patient with chronic renal insufficiency, from the city of Canoinhas / SC, who undergo hemodialysis, and sign the ICF only. The research site was in the municipality of Canoinhas, where the patients reside, in order to investigate the daily life of the patient. Data collection was performed with an individual interview with the sample, with objective questions about daily life, disease, treatment, quality of life, etc. Being that the users were approached in their homes. In the analysis of the data it can be observed that the greatest difficulty of the patients is in the displacement, since they move 60 km from the municipality of Canoinhas to Mafra. Discouraging many of them because of the delay, and that during several times they stop going in the sessions. There were many complaints from the patients about the lack of understanding of the family and little collaboration in the treatment, but the main focus was the lack of assistance from the UBS, well where there should be no problems, there were complaints of lack of access by the users. And the concern was great because the causes of CRF in these patients are diabetes, hypertension, lupus, and that are treatable in public health, through routine consultations, and especially continuing education in nursing. Lots of guidance for these patients, so the suggestion of a protocol from the Ministry of Health, for chronic kidney patients.

Key words: Hemodialysis, quality of life, patient, chronic renal failure.

1 INTRODUÇÃO

A doença renal crônica é uma lesão do órgão com perda progressiva e irreversível da função dos rins. Em sua fase mais avançada é definida como Insuficiência Renal Crônica (IRC), quando os rins não conseguem manter a normalidade do meio interno do paciente. Se diagnosticada precocemente, e com condutas terapêuticas apropriadas, serão reduzidos os custos e o sofrimento dos

pacientes. As principais causas da IRC são a hipertensão arterial e o diabetes mellitus. (ROMÃO JUNIOR, 2004)

Segundo Ricardo Sesso (2006) A insuficiência renal crônica (IRC) é doença de elevada morbidade e mortalidade. A incidência e a prevalência da IRC em estágio terminal (IRCT) têm aumentado progressivamente, a cada ano, em “proporções epidêmicas”, no Brasil e em todo o mundo. O custo elevado para manter pacientes em tratamento renal substitutivo (TRS) tem sido motivo de grande preocupação por parte de órgãos governamentais, que em nosso meio subsidiam 95% desse tratamento.

O paciente com IRC, em programa de hemodiálise, é conduzido a conviver diariamente com uma doença incurável que o obriga a uma forma de tratamento dolorosa, de longa duração e que provoca, juntamente com a evolução da doença e suas complicações, ainda maiores limitações e alterações de grande impacto, que repercute tanto na sua própria qualidade de vida quanto na do grupo familiar. (CAIUBY, 2004)

Devido a este e outros fatores, o estudo deverá comprovar os motivos da descompensação no quadro de alguns pacientes hemodialisados. Possivelmente relacionado através das dificuldades encontradas no tratamento, na dieta, no âmbito familiar, no deslocamento, entre outros. E com isso sugerir a implantação de um protocolo de orientações nas unidades básicas de saúde com orientações para os profissionais e os pacientes.

A elaboração deste trabalho terá efeito tanto para o âmbito profissional, inserindo o enfermeiro no contato direto como paciente renal. E também auxiliando o próprio paciente hemodialisado em conjunto com sua família. Para tanto é que se faz o questionamento: Tem como implantar protocolo de orientações para pacientes renais crônicos em processo de hemodiálise que residem no município de Canoinhas-SC?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Os rins são um par de órgãos, castanho-avermelhados, localizados no plano retroperitoneal, sobre a parede posterior do abdômen, desde a 12^a vértebra torácica à 3^a vértebra lombar no adulto (SMELTZER e BARE, 2006).

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

Spence (1991) descreve o rim adulto com cerca de 12 cm de comprimento, com 6 cm de largura, e 2,5 cm de espessura, pesando de 120 a 170g . Guyton e Hall (2006) resumem que os rins de um adulto têm o tamanho de uma mão fechada.

Dangelo e Fattini (2007) afirmam que os rins estão situados à direita e à esquerda da coluna vertebral, tendo o direito uma posição inferior em relação ao esquerdo, em virtude da presença do fígado à direita. Dangelo e Fattini (2007) ainda retratam que o órgão tem a forma de um grão de feijão, apresentando duas faces, anterior e posterior, e duas margens, medial e lateral. Suas duas extremidades, superior e inferior, são denominadas pólos e sobre o pólo superior situa-se a glândula supra-renal, pertencente ao sistema endócrino.

Para Smeltzer e Bare (2006) e Dangelo e Fattini (2007), os rins são bem protegidos pelas costelas, músculos, fáscia de Gerota, tecido adiposo perirrenal e cápsula renal, a qual circunda cada rim. Smeltzer e Bare (2006) explicam que os rins estão envolvidos por uma cápsula fibrosa e, ao redor da cápsula, existe a cápsula adiposa do rim, representada por uma grande quantidade de gordura, separada em duas camadas pela fáscia renal: a camada interna é denominada gordura perirrenal e a camada externa é a gordura para-renal. As duas cápsulas, fibrosa e adiposa, juntamente com o pedículo renal e a pressão intra-abdominal, ajudam a manter os rins em sua posição normal.

As principais funções dos rins são remover os produtos finais do metabolismo e controlar as concentrações da maior parte das substâncias iônicas no líquido extracelular, inclusive de íons como o íon sódio, o íon potássio e o íon hidrogênio. (GUYTON, 1988, p.287)

Segundo Guyton (1988, p. 287) a unidade funcional do rim é o néfron (figura 01). Nos dois rins de um ser humano, existem cerca de dois milhões de néfrons. O néfron é dividido em duas partes funcionalmente distintas: o corpúsculo renal e o túbulo renal. Contudo, o corpúsculo renal é formado (a) pelo glomérulo, que é uma rede capilar, e pela cápsula de Bowman, que envolve o glomérulo. A pressão do sangue no interior do glomérulo é cerca de 60 mmHg, que é valor bastante alto para a pressão, o que faz com que grandes quantidades de líquidos, chamado de filtrado glomerular, sejam filtradas para fora do capilar, sendo coletadas pela cápsula de Bowman. Nesse filtrado glomerular é encontrado a maioria dos produtos finais do metabolismo que devem ser eliminados dos líquidos orgânicos.

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

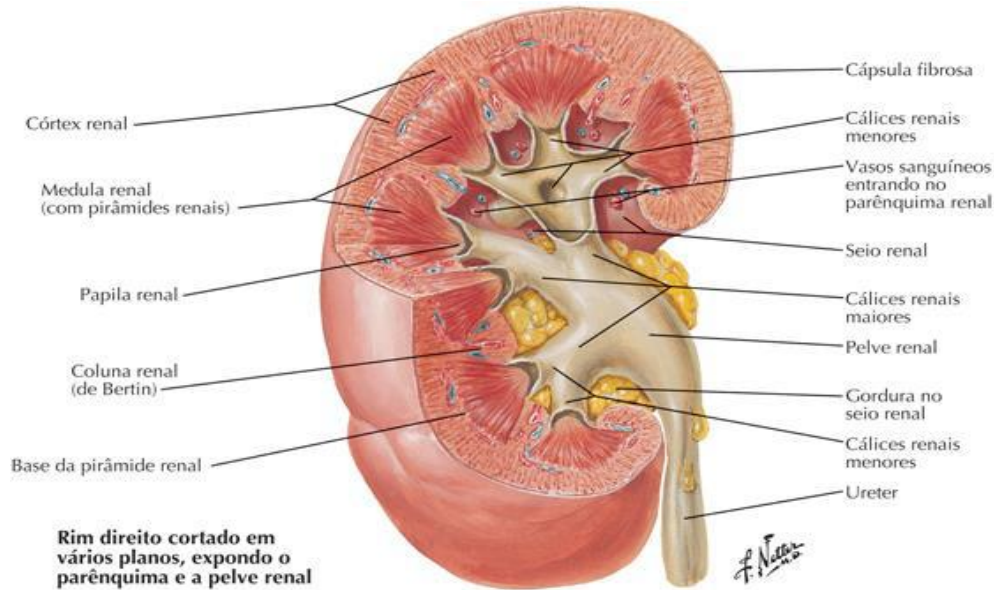
As paredes dos capilares permitem a passagem de água, íons e diversas substâncias do interior dos vasos para a cápsula de Bowman. Produz-se assim uma autêntica filtragem do sangue, que fica liberado da carga de produtos tóxicos e de excretas. O líquido filtrado percorre o trajeto sinuoso do túbulo proximal, cujo comprimento é de aproximadamente 15mm. Nele, são reabsorvidos mais de quatro quintos da água extraída do glomérulo, além de várias substâncias. A urina recém-formada atravessa a alça de Henle e o túbulo distal, onde também ocorre absorção. O epitélio dos túbulos despeja no meio urinário diferentes compostos, por meio de um mecanismo de secreção ativa (SILVERTHORN, 2010).

O filtrado glomerular sai da cápsula de Bowman por meio do túbulo renal, que é dividido em quatro segmentos sequenciais: o túbulo proximal, a alça de Henle, o túbulo distal e o tubo coletor. À medida que o filtrado passa por esse sistema tubular, as partes desse filtrado que são necessárias ao organismo – principalmente, os nutrientes, como a glicose e os aminoácidos, a água e a maior parte dos íons – são reabsorvidas pelos túbulos, voltando para os capilares peritubulares, situados em torno dos túbulos. Por outro lado, os produtos finais do metabolismo quase não são reabsorvidos, se é o que são na verdade, de modo que, em sua maior parte, são eliminados pela urina (GUYTON, 1988).

Dessa forma, a teoria da função renal é a de filtrar grandes quantidades de líquido do plasma, reabsorvendo aqueles constituintes que são necessários, sem, no entanto, reabsorver os que não são necessários. Cerca de 180 litros de filtrado glomerular são formados a cada dia, mas menos de 1% dessa quantidade, cerca de 1,5 litros por dia, é eliminado como urina. Apesar disso, esse pequeno volume ainda contém a maior parte dos produtos finais do metabolismo, altamente concentrados. Alguns desses produtos finais do metabolismo de maior importância são a uréia, o ácido úrico, a creatinina, os fosfatos, os sulfatos e o excesso de ácidos (GUYTON, 1988).

O rim forma a urina e, enquanto a está formando, regula, ao mesmo tempo, a concentração da maioria dos constituintes do líquido extracelular. Isso é realizado pela remoção do plasma sanguíneo do excesso, conservando aquelas substâncias presentes em concentrações normais ou diminuídas (GUYTON, 1988, P. 287).

Figura 01- Rim direito



Fonte: Netter, 2011.

2.1 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

A Insuficiência Renal Crônica é uma doença progressiva, caracterizada por uma crescente incapacidade do rim em manter níveis normais dos produtos do metabolismo das proteínas e valores normais da pressão arterial e do hematócrito, bem como o equilíbrio ácido-básico (LUKE, 2005). Como conseqüência haverá elevação das concentrações séricas ou plasmáticas de todos os catabólicos derivados principalmente do metabolismo protéico, tipificados pelo aumento da ureia (DRAIBE, 2002).

Quando o nível sérico de creatinina no adulto atinge cerca de 3 mg/dl, e nenhum dos fatores na patogenia da doença renal é reversível, a doença renal tende a evoluir para a Insuficiência Renal Crônica Terminal (IRCT) no decorrer de um período de tempo muito variável (que se estende de alguns anos até vinte a vinte e cinco anos) (LUKE, 2005).

O resultado final de múltiplos sinais e sintomas decorrentes da incapacidade renal em manter a homeostasia interna do organismo, uma vez instalada, leva à necessidade de manter um tratamento contínuo para substituir a função renal (MURUSSI, Márcia. et al, 2003).

Não existem dados fidedignos no Brasil sobre a incidência e a prevalência de Insuficiência Renal Crônica Terminal. Baseado no censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia cerca de 49.000 pacientes encontrava-se em tratamento

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

dialítico no Brasil ao final do ano de 2001. A incidência, ou seja, o número de pacientes que entram em diálise por ano, é estimada em 70 por milhão, o que indicaria uma entrada de 11.900 pacientes novos por ano em tratamento dialítico. Estes dados revelam que no Brasil possivelmente um grande número de pacientes não está sendo identificado a tempo de receber o tratamento indicado (RIELLA, 2003).

As causas da IRC terminal são bem conhecidas, entretanto, devido à velocidade variável de sua progressão, a prevalência e a frequência relativa dos diferentes tipos de doença renal crônica não estão bem definidas. Frequentemente, as doenças sistêmicas afetam e destroem potencialmente os rins, sendo que dois terços dos casos incidentes resultam de diabetes ou de hipertensão (LUKE, 2005).

Qualquer idade, sexo ou raça pode ser acometida pela IRC. No Brasil, cerca de 60% dos pacientes com Insuficiência Renal Crônica estão na faixa etária entre trinta e sessenta anos, sendo 15% abaixo dos trinta anos e 25% acima dos sessenta anos. Cerca de 60% são do sexo masculino e 40% do sexo feminino. Em relação à raça, têm-se apenas dados americanos: 60% de brancos, 33% de negros e 7% de outros (ENGEL, 2005).

Independente da causa primária responsável pela perda de néfrons, alguns deles costumam sobreviver ou sofrer lesão menos grave. Esses néfrons remanescentes adaptam-se e aumentam de tamanho, com acentuado aumento a depuração por néfron (LUKE, 2005).

A doença renal pode progredir independentemente da presença do fator causal inicial. Durante a evolução da doença, um número progressivamente menor de néfrons segue funcionando adequadamente. Não se sabe com exatidão como se dá o caráter progressivo (DRAIBE, 2002).

Ocorre hipertrofia glomerular, acentuado aumento do fluxo plasmático glomerular e da taxa de filtração glomerular (TFG) por néfron individual e elevação da pressão capilar. Verifica-se o desenvolvimento de glomeruloesclerose focal nesses glomérulos, que finalmente se tornam não funcionais. Simultaneamente com o desenvolvimento da glomeruloesclerose focal, a proteinúria aumenta de modo acentuado, e ocorre agravamento da hipertensão sistêmica. Outros mecanismos de progressão provavelmente importantes na esclerose dos glomérulos adaptados

incluem coagulação glomerular, efeitos hiperlipidêmicos e proliferação das células mesangiais (LUKE, 2005).

No desenvolvimento da insuficiência renal, vários mecanismos adaptativos renais e extra-renais permitem ao paciente manter balanço adequado de sódio, água, potássio, cálcio e fósforo. O balanço de sódio, principal determinante do volume extracelular, é conseguido através da redução de sua reabsorção tubular conseqüente ao aumento da filtração por néfron, aumento da velocidade do filtrado, natriurese pressórica e ação dos hormônios aldosterona e peptídeos atriais natriuréticos (ANP). O excesso de água é eliminado pela redução da produção do hormônio antidiurético, reduzindo a formação de aquaporions (canais de água) nas células principais dos túbulos corticais e coletores. Apesar desse estado de equilíbrio, pacientes renais crônicos não suportam sobrecargas agudas de sódio, água e potássio, como indivíduos normais, apresentando edema agudo de pulmão em situação de excesso de ingestão de sódio e água além da hipercalemia com ingestão excessiva de potássio (DRAIBE, 2002).

2.2 HEMODIÁLISE

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, explica que, hemodiálise é um procedimento através do qual uma máquina limpa e filtra o sangue, ou seja, faz parte do trabalho que o rim doente não pode fazer. O procedimento libera o corpo dos resíduos prejudiciais à saúde, como o excesso de sódio e de líquidos. Também controla a pressão arterial e ajuda o corpo a manter o equilíbrio de substâncias como sódio, potássio, uréia e creatinina. As sessões de hemodiálise são realizadas geralmente em clínicas especializadas ou hospitais. E na maioria das vezes pelo próprio SUS.

Basicamente, na hemodiálise a máquina recebe o sangue do paciente por um acesso vascular, que pode ser um cateter (tubo) ou uma fístula arteriovenosa, e depois é impulsionado por uma bomba até o filtro de diálise (dialisador). No dialisador o sangue é exposto à solução de diálise (dialisato) através de uma membrana semipermeável que retira o líquido e as toxinas em excesso e devolve o sangue limpo para o paciente pelo acesso vascular. Uma fístula arteriovenosa (FAV), que pode ser

feita com as próprias veias do indivíduo ou com materiais sintéticos. É preparada por uma pequena cirurgia no braço ou perna. É realizada uma ligação entre uma pequena artéria e uma pequena veia, com a intenção de tornar a veia mais grossa e resistente, para que as punções com as agulhas de hemodiálise possam ocorrer sem complicações. A cirurgia é feita por um cirurgião vascular e com anestesia local. O ideal é que a fístula seja feita de preferência 2 a 3 meses antes de se começar a fazer hemodiálise. O cateter de hemodiálise é um tubo colocado em uma veia no pescoço, tórax ou virilha, com anestesia local. O cateter é uma opção geralmente temporária para os pacientes que não têm uma fístula e precisam fazer diálise. Os principais problemas relacionados ao uso do cateter são a obstrução e a infecção, o que muitas vezes obriga a retirada do cateter e o implante de um novo cateter para continuar as sessões de hemodiálise (SBN, S/A).

A hemodiálise está indicada para pacientes com insuficiência renal aguda ou crônica graves. A indicação de iniciar esse tratamento é feita pelo médico especialista em doenças dos rins (o nefrologista), que avalia o organismo através de:

- Consulta médica, investigando os seus sintomas e examinando o seu corpo;
- Dosagem de ureia, creatinina, ácidos, e eletrólitos no sangue;
- Quantidade de urina produzida durante um dia e uma noite (urina de 24 horas);
- Cálculo da porcentagem de funcionamento dos rins (Clearance de creatinina e Uréia);
- Avaliação do hemograma, se há anemia presente (o que é muito frequente em doentes renais);
- Presença de doença óssea.

Através da consulta é possível começar o tratamento com remédios que podem controlar os sintomas e estabilizar a doença. Em casos em que os remédios não são suficientes e a doença progride, pode ser necessário iniciar a hemodiálise. Esta decisão é tomada em conjunto com o paciente e o médico nefrologista. Pois a sintomatologia do paciente, e os valores dos exames andam juntos. Estes são dados obtidos pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (S/A).

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

Na maioria das vezes, sim. Após iniciada uma terapia de substituição renal, o paciente pode na maioria das vezes mudar da hemodiálise para diálise peritoneal, e vice-versa. Além de realizar transplante renal dependendo das condições clínicas. Existem algumas situações em que os rins deixam de funcionar por um período curto e podem voltar a funcionar depois. Isto é mais comum de ser observado na insuficiência renal aguda. Na doença renal crônica isto é raro de ser observado (SBN, S/A).

O tempo varia de acordo com o estado clínico do paciente e, em geral, é de quatro horas, três ou quatro vezes por semana. Dependendo da situação clínica do paciente esse tempo varia de 3 a 5 horas por sessão e pode ser feita 2, 3, 4 vezes por semana ou até mesmo diariamente. O médico nefrologista avaliará o paciente para que seja escolhida a melhor forma de tratamento para o mesmo. Para assegurar que a diálise esteja adequada, o médico nefrologista faz revisões mensais inclusive com o emprego de exames laboratoriais. Se a diálise não estiver adequada, ajustes serão feitos na forma como a sua hemodiálise está sendo feita, atingindo então o desempenho esperado. O paciente em tratamento através da hemodiálise não deve faltar as suas sessões. Em caso de não poder comparecer a uma sessão deve avisar assim que possível a sua clínica de hemodiálise (SBN, S/A).

Ao iniciar o tratamento o paciente perceberá uma melhora significativa nos sintomas que apresentava, como: falta de apetite, indisposição, cansaço, náuseas, dentre outros. Adicionalmente, serão reduzidas as restrições dietéticas que o paciente fazia antes de começar a fazer hemodiálise e o paciente perceberá, em geral, uma melhora na sua qualidade de vida (SBN, S/A).

Vários pacientes em hemodiálise trabalham, mas isso depende das condições clínicas de cada um e do horário das sessões. O governo, através de lei Federal, auxilia financeiramente pacientes portadores de doença renal crônica em diálise. As clínicas de diálise dispõem de assistentes sociais que podem orientar os pacientes para conseguirem esse benefício (SBN, S/A)

A maioria dos pacientes faz hemodiálise através da fístula, como dito acima. E essa é a melhor forma de acesso ao sangue do paciente, entretanto para iniciar a hemodiálise é necessária realizar a punção da mesma com as agulhas e esse procedimento causa dor leve. Na maioria das sessões de hemodiálise o paciente não

sentirá nada, mas algumas vezes, pode ocorrer uma queda da pressão arterial, câimbras ou dor de cabeça. Por estes motivos, a sessão de hemodiálise é sempre realizada na presença de um médico e uma equipe de enfermagem. Geralmente esses sintomas acontecem quando o paciente tem muito líquido para remover do seu corpo naquela sessão de hemodiálise. Dessa forma, é importante seguir as recomendações da equipe médica para evitar o ganho excessivo de peso entre os dias das sessões de hemodiálise, e assim, ter uma sessão confortável (SBN, S/A)

O paciente que faz hemodiálise pode viajar também. As clínicas de diálise não só no Brasil, mas também em outros países, compartilham um sistema chamado hemodiálise em trânsito. Ou seja, se o paciente deseja viajar, a clínica do paciente entra em contato com as clínicas do local de destino, as informações são passadas e durante a estadia naquela cidade o paciente continua seu tratamento. Uma vez formalizado o processo entre as duas clínicas, o paciente poderá viajar; é recomendável que o paciente ou seu familiar, antes da viagem, entre em contato com a clínica que vai lhe receber, para informar exatamente quando chegará, quais medicações precisará levar com ele, entre outras coisas (SBN, S/A).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, e de natureza aplicada, pois pretende gerar conhecimentos para a aplicação prática de soluções de problemas específicos.

A pesquisa qualitativa tem caráter exploratório, isto é, estimula os entrevistados a pensarem livremente sobre algum tema, objeto ou conceito. Mostra aspectos subjetivos e atingem motivações não explícitas, ou mesmo conscientes, de maneira espontânea. É utilizada quando se busca percepções e entendimento sobre a natureza geral de uma questão, abrindo espaço para a interpretação.

A pesquisa quantitativa significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las.

Realizada no município de Canoinhas, onde residem os pacientes, para poder investigar o cotidiano do mesmo. E na clínica de hemodiálise Pró Rim em Mafra/SC para conhecer o processo da hemodiálise. Foi realizada em pacientes que residem

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

em Canoinhas, e que realizem hemodiálise no município de Mafra/SC. O critério de inclusão é ser um paciente com insuficiência renal crônica, que realize hemodiálise frequentemente, assine o TCLE, habite no município de Canoinhas, apenas. Critério de exclusão é não realizar a hemodiálise, não morar em Canoinhas, e não assinar o TCLE. Pacientes já transplantados também não participarão da pesquisa. Realizado a pesquisa com um total de 25 pacientes.

Para a coleta de dados foi preenchido um questionário com oito questões individualmente com a amostra, elaborado com perguntas objetivas sobre a qualidade de vida, doença, tratamento.

A análise dos dados foi realizada através das oito questões dos questionários respondidos pelas amostras, analisando os gráficos e utilizando o programa excel.

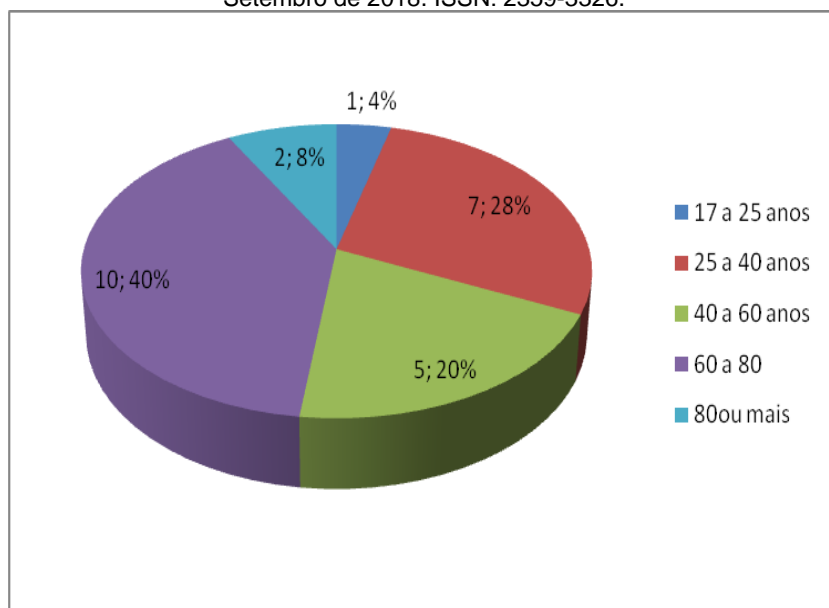
Para atender os aspectos éticos, foi encaminhado ao Núcleo de Ética em Pesquisa com seres Humanos da UNIGUAÇU, após aprovação do mesmo é que foi dado início a pesquisa propriamente dita. Número do protocolo da NEB: 2017/056.

Quanto aos pacientes, tivemos uma conversa sobre a aplicação do projeto, e foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido, fornecido pela faculdade, e somente com a autorização dos mesmos, foi iniciada a pesquisa no domicílio de cada um.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os gráficos estão representados por valores em porcentagens e números. Totalizando 25 participantes.

Gráfico 01- Idade dos Participantes

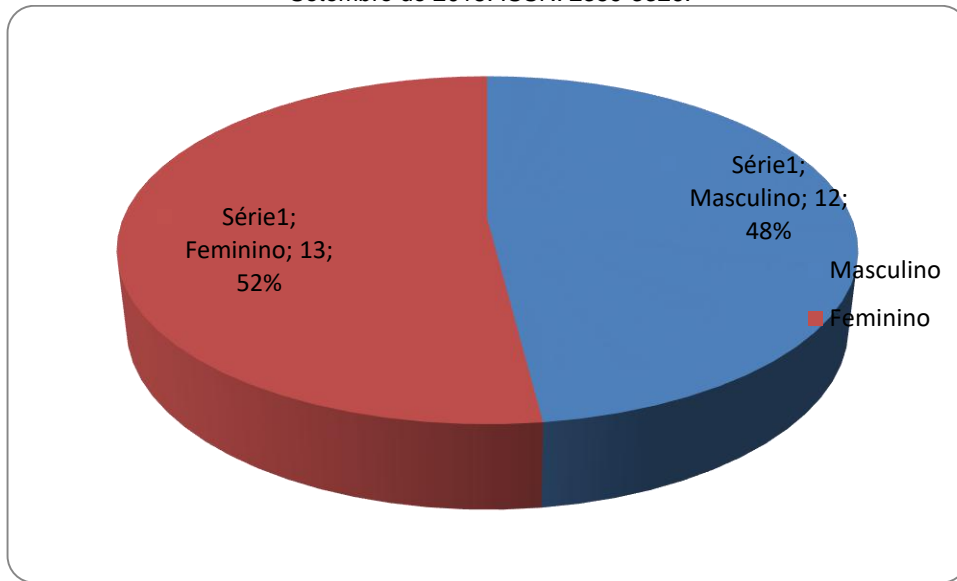


Fonte: Pesquisador, 2017

Conforme o gráfico 01, 40% dos pacientes possuem de 60 a 80 anos de idade, onde é a faixa etária de maior incidência da doença.

A idade avançada é um fator que influencia fortemente a mortalidade, porém não deve impedir a indicação do tratamento. Souza, Cintra e Gallani (2005) colocam também que pessoas nesta faixa etária geralmente apresentam maior comprometimento funcional, o que remete à necessidade de assistência em suas atividades de vida etária.

Gráfico 02- Gênero

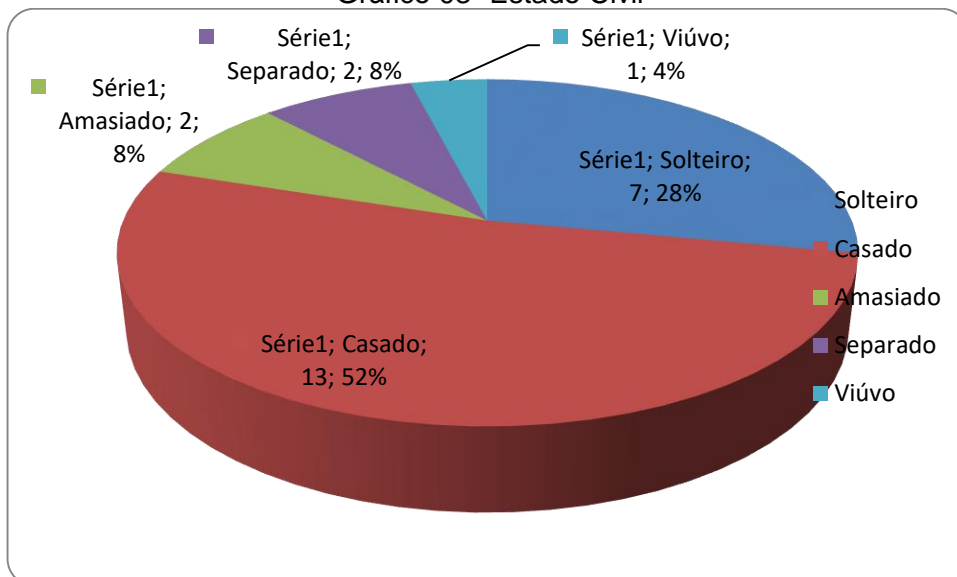


Fonte: Pesquisador, 2017

Esse resultado é diferente dos demais resultados encontrados, onde predomina a doença renal nos homens em uma determinada população, não em mulheres, como na pesquisa.

Um dado que pode ser mencionado para justificar o fato de serem mais homens em tratamento hemodialítico, é que a hipertensão arterial (HA), que se encontra como uma das principais causas da IRC, levando o paciente a necessitar de terapia renal substitutiva, uma vez que a prevalência da HA nos homens é quase três vezes maior que nas mulheres (NOMURA, PRUDÊNCIO, KOHLMANN JÚNIOR, 1995).

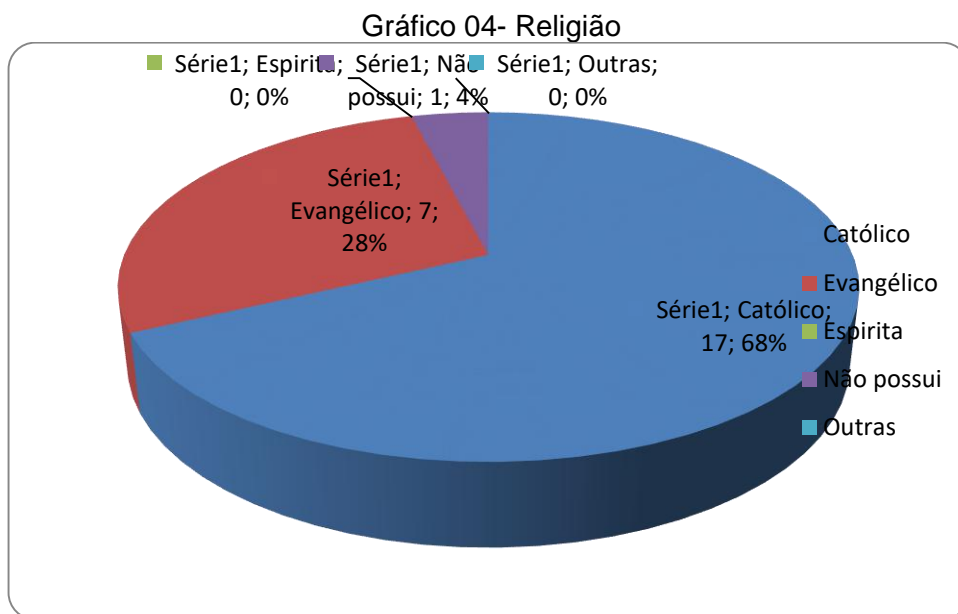
Gráfico 03- Estado Civil



Fonte: Pesquisador, 2017

Prevalência do estado civil é casado devido a fatores culturais da região.

No entanto, John Locke afirma que este estado embora seja de perfeita liberdade e igualdade, não é um estado libertino ou licencioso, não podendo o homem destruir as dádivas da natureza em prol apenas da sua ilimitada liberdade, mas apenas para poder preservar a si próprio, ou por alguma necessidade que venha justificar tal atitude. Cada um está obrigado a preservar-se, e não abandonar a sua posição por vontade própria; logo, pela mesma razão, quando sua própria preservação não estiver em jogo, cada um deve, tanto quanto puder preservar o resto da humanidade, e não pode, a não ser que seja para fazer justiça a um infrator, tirar ou prejudicar a vida ou o que favorece a preservação da vida, liberdade, integridade ou bens de outrem (LOCKE, 1998, p. 385).

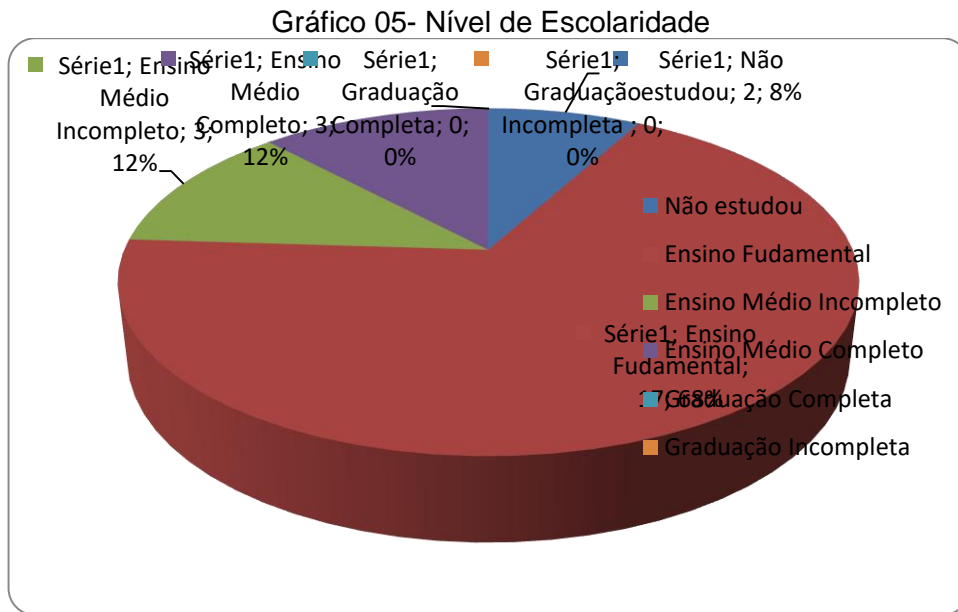


Fonte: Pesquisador, 2017

A maioria da população é católica segundo a pesquisa, alguns se diziam católicos, porém, não praticantes. Houve também 28% de evangélicos e 4% referiu não ter religião.

Embora a maioria dos pacientes seja católica, prevalece à distinção dos três tipos de catolicismo dos quais fala Brandão (1988), ou seja, o católico, o católico praticante e o não-praticante. O católico não-praticante representa uma boa fatia do “mercado religioso”, cuja fórmula variante equivale a dizer: sou católico, mas do meu modo. Segundo Brandão, os rituais de batismo, casamento e unção dos enfermos

esgotam a identidade e a prática de afiliação de uma imensa maioria de católicos no país, o que faz do catolicismo, por isso mesmo, uma “religião de todos”, em que a filiação não é compulsória e na qual a postura de ser católico “a seu modo” é permitida e aceita.



Fonte: Pesquisador, 2017

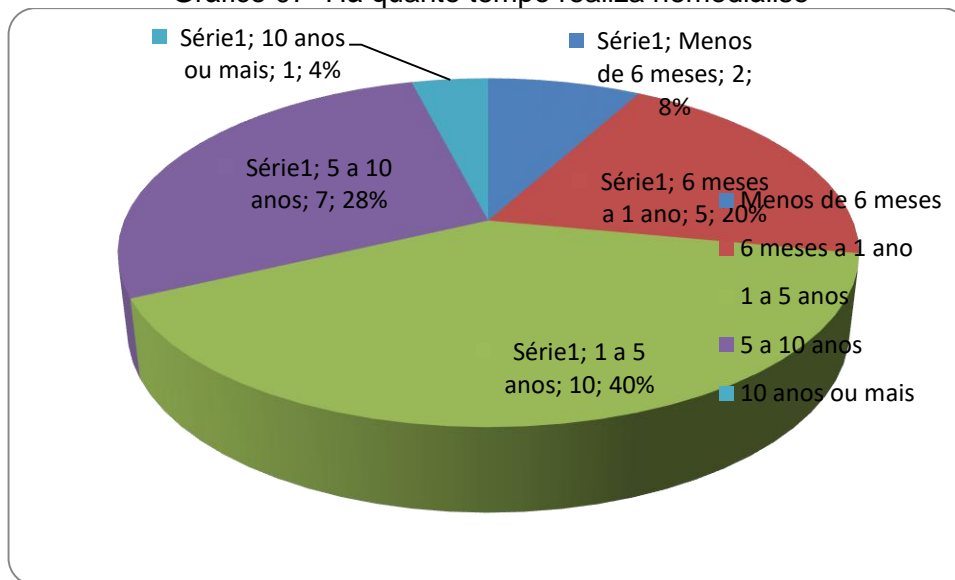
A figura acima mostra que 68% possuem Ensino Fundamental completo, observando uma baixa escolaridade entre os pacientes renais crônicos.

A literatura evidencia que o menor índice de escolaridade está relacionado à maior incidência de casos de doenças crônicas (ISER et al., 2011) e ao pior nível de adesão ao tratamento pelo paciente (COSTA, 2012), pois este fato dificulta o entendimento da enfermidade (LOUREIRO et al., 2011) e pode ocasionar eventuais esquecimentos da rotina medicamentosa (CAZARINI et al., 2002).

Não representado por gráfico, pois o resultado dos que trabalham ou não, foi de 100% que não trabalham fora. De acordo com a ocupação (profissão) dos renais crônicos submetidos à hemodiálise na clínica estudada, todos os entrevistados não trabalham fora, devido à dedicação exclusiva ao tratamento que é necessária, encontram-se aposentados ou com licença saúde. Cabe mencionar que essa é uma realidade encontrada entre os pacientes de IRC e em tratamento hemodialítico, sendo que a aposentadoria é considerada uma condição de vida imposta pela doença.

Diante do exposto acima, fica evidente que o desemprego entre portadores de IRC em programa de terapia renal substitutiva a hemodiálise é o tratamento em que a proporção de pacientes trabalhando é bom menor do que a proporção dos que estariam aptos para o trabalho (SILVA et. al., 1995). Segundo Daurgirdas e Ing. (1999), a capacidade dos indivíduos de retornar ao trabalho depende de sua condição socioeconômica e da gravidade da enfermidade no momento em que foi iniciado o tratamento. Percebe-se assim que o trabalho, além de representar uma espécie de vínculo do indivíduo à comunidade humana, também constitui uma das formas mais desagregadas na sociedade (CARREIRA; MARCON, 2003).

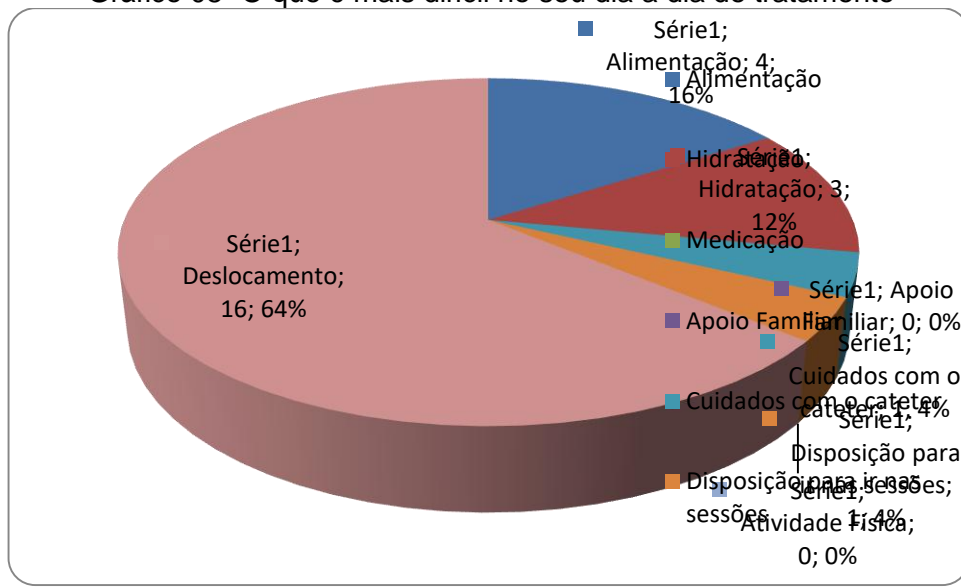
Gráfico 07- Há quanto tempo realiza hemodiálise



Fonte: Pesquisador, 2017

Quanto ao tempo de tratamento hemodialítico dos pacientes estudados, houve predominância (40%) renais entre 1 ano á 5 anos de tratamento. Alguns trabalhos apresentam o tempo de tratamento hemodialítico dos pacientes estudados, não em intervalos de ano, mas sim em média (SOUZA; CINTRA; GALLANI, 2006).

Gráfico 08- O que é mais difícil no seu dia a dia de tratamento



FONTE: Pesquisador, 2017

As dificuldades de adesão ao tratamento hemodialítico relatadas pelos pacientes deve-se às possíveis fontes de estresse que surgem durante o tratamento como: isolamento social, perda do emprego, dependência da previdência social, parcial impossibilidade de locomoção e passeios, diminuição da atividade física, necessidade de adaptação à perda da autonomia, alterações da imagem corporal e, ainda, um sentimento ambíguo entre medo viver e de morrer (MACHADO e CAR, 2003). Com tantos agravantes, o paciente torna-se insatisfeito consigo mesmo, sentindo-se excluído (CAVALCANTE et al., 2011).

Alguns estudos concluíram que há o comprometimento da capacidade funcional das pessoas que fazem hemodiálise, dificultando a atividade laboral, sobretudo daquelas na faixa etária entre 18 e 59 anos, considerada economicamente ativa na sociedade (LARA e SARQUIS, 2004). Pessoas em tratamento hemodialítico têm dificuldades para trabalhar em razão do comprometimento físico, tempo destinado à hemodiálise e dificuldades de contratação após início do tratamento (BERTOLIN,

2007). Tal situação provoca diminuição da autoestima e os pacientes passam a ser dependentes financeiramente e a necessitar, na maioria das vezes, do auxílio de um familiar ou pessoa próxima (KIRCHNER et al., 2011).

A qualidade de vida das pessoas em tratamento hemodialítico possui uma relação positiva entre os aspectos emocionais e de escolaridade, sugerindo que pessoas com maior escolaridade tenham recursos intelectuais capazes de gerar melhor adaptação emocional às consequências da IRC e de tratamento hemodialítico (CASTRO et al., 2003).

As reações apresentadas pelos pacientes com IRC influenciam no seu meio social, cultural, em suas crenças e nos seus valores pessoais. O apoio individual, grupal e o suporte das relações sociais, de trabalho e de familiares podem ser benéficos como estratégias de enfrentamento (TRENTINI et al., 1990). O suporte social pode servir como amparo emocional nas consequências negativas durante o decaimento da função física no processo de adoecer (KIRCHNER et al., 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve foco na qualidade de vida do paciente que realiza hemodiálise no município de Canoinhas. Vários fatores puderam ser observados, como o índice de baixa escolaridade, que segundo vários autores, levam às desinformações que acarretam as doenças e a má adesão ao tratamento. Muitos citaram sua religião, e demonstraram no momento da pesquisa que a fé em um ser superior é muito maior que tudo.

A maioria é casado(a), pode-se observar também a importância de um cônjuge na relação, para o apoio ao tratamento. Visto que a relação social se torna “dificultada” devido restrições alimentares e a dependência de três vezes na semana de uma máquina. Algo que distingue de outras pesquisas, é que no município de Canoinhas, a maioria dos portadores de IRC é o público feminino.

Pode-se observar que houve falhas no questionário aplicado, como a falta da pergunta pelo qual motivo à pessoa teve IRC. Pois durante a pesquisa, observou-se que vários pacientes citaram como um grande problema, e grande dificuldade, sua doença de base. Na maioria das vezes sendo a DM e a HAS estando descompensados, alguns até desenvolveram a cegueira. É um problema bem de

saúde pública, pois se for cuidado para não adquirir ou saber controlar a hipertensão e a hiperglicemia, não chega a este extremo. Devem ser feitos atividades com educadores físicos e nutricionistas, focando em uma vida mais saudável.

Relataram dificuldade no acesso das UBS do município, e carência de visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde e pelo próprio enfermeiro. Visto que são doentes crônicos, e vários fatores envolvem o cuidado e tratamento do paciente. Cuidados básicos com a HAS e DM, cuidados com a fístula, observação de como esta a parte psicossocial do paciente e do familiar. Tudo isso são fatores que podem e vão influenciar na continuidade do tratamento.

A maioria relatou como principal problema no tratamento o deslocamento, visto que enfrentam 60 km até chegar ao destino. Isso é um fator que pode levar ao abandono e a falta de algumas sessões, então, a questão psicológica deve ser bem assistida, e a educação continuada do enfermeiro ser constante, visando à importância de ser dado segmento e a não interrupção do tratamento.

Por ser um tratamento de grande complexidade, seria de grande relevância, se as unidades básicas de saúde, implantassem o protocolo do ministério da saúde para o cuidado com o paciente renal crônico. É um protocolo que auxilia na prevenção da doença, as etapas como são e o que devem fazer, até o estágio terminal, que é quando o paciente está na hemodiálise.

REFERÊNCIAS

CAIUBY AVS, Leflevre F, Pacheci-Silva A. Análise do discurso dos doadores renais - abordagem da psicologia social. J Bras Nefrol. 2004; 26(3): 137-44.

CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.11, n.6, p 823 – 831, nov./dez. 2003.

CASTRO, M. et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF – 36. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v.29, n.3,p.245 – 249, jul./set. 2003.

DANGELO, J. G. Fattini, C. A. Anatomia humana sistêmica e segmentar. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

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

DRAIBE, S. A. Insuficiência renal crônica. *In: AJZEN, H.; SCHOR, N. Nefrologia: guia de medicina ambulatorial. São Paulo: Manole, 2002. p.339-343.*

ENGEL, C. L. *et al.* Insuficiência Renal Crônica. Fortaleza: Med Curso: Do Internato à Residência, 2005. v. 5. p. 25-48. (Nefrologia).

GUYTON, A. C. HALL, J. E. Tratado de Fisiologia Médica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

<http://sbn.org.br/publico/tratamentos/hemodialise/> Acessado em: 06 de Abril de 2017.

LUKE, R.G. Insuficiência Renal Crônica. *In: CECIL. Tratado de Medicina Interna. Tradução de: Ana Kemper et al. 22.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. v.2. p.818-827.*

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.13, n. 5, p. 670 – 676, set./out. 2005.*

MURUSSI, M. *et al.* Diabetic nephropathy in type 2 diabetes mellitus: risk factors and prevention. *Arq Bras Endocrinol Metab. São Paulo, v.47, n.3, 2003.*

NOMURA, P.I.; PRUDÊNCIO, L.A.R.; KOHLMANN JÚNIOR, O. Característica indivíduo hipertenso. *Jornal Brasileiro de Nefrologia, São Paulo v.17, n.1, p.13 - mar. 1995.*

RIELLA, M. C. PECOITS-FILHO, R. Insuficiência Renal Crônica: Fisiopatologia da Uremia. *In:RIELLA, M. C.Princípios da Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos.4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.661-689.*

Romão Júnior J.E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. *J Bras Nefrol. 2004; 26(3 Supl 1): 1-3*

Sucesso E.B. Qualidade de Vida: sonho ou possibilidade? [Texto na Internet]. São Paulo: ABQV - Associação Brasileira de Qualidade de Vida; Disponível em: <http://www.abqv.org.br/artigos.php?id=42>

SILVA, L. F. *et al.* Doença crônica: o enfrentamento pela família. *Acta Paulista Enfermagem, São Paulo, v. 15, n.1, p. 40 – 47, jan.2002b.*

SILVERTHORN, D.U. Fisiologia Humana. 5ed. Porto Alegre: ArteMed, 2010

SMELTZER, S. BARE, B. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SMELTZER, S; BARE, B. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

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

SOUZA, F. F.; CINTRA, F. A.; GALLANI, M.C.B.J. Qualidade de vida e severidade da doença em idosos renais crônicos. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v.58, n.5, p. 540 – 544, set.\out. 2005.

PARADA CARDIORESPIRATÓRIA: IMPLANTAÇÃO DE TREINAMENTOS A EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL MUNICIPAL SANTA TEREZINHA DO MUNICÍPIO DE CRUZ MACHADO – PR

Patrícia Zamboni¹
Eliani A W Krug²

RESUMO: A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma realidade em todas as áreas hospitalares do mundo. Os profissionais de saúde podem não se sentir preparados para fazer esse tipo de atendimento, pois trata-se de um procedimento complexo e que não é realizado periodicamente, também devido ao seu protocolo de atendimento sempre estar sendo atualizado causando muitas dúvidas para obter o procedimento correto. Este artigo tem o principal objetivo de medir o conhecimento dos profissionais de saúde ativos para fazer esse tipo de procedimento (PCR) e desenvolver uma maneira de introduzir treinamentos periódicos para um melhor desempenho teórico e prático. O plano de estudo realizou análise quantitativa, de natureza aplicada, campo exploratória e descritiva. A amostragem composta por 25 profissionais da área da enfermagem de diferentes subdivisões do Hospital Santa Terezinha da Cidade de Cruz Machado do Estado do Paraná. Os dados da entrevista foram relacionados com questões sobre o protocolo atual para atendimento ao paciente em PCR dos profissionais da saúde e os conhecimentos necessários para fazer esse tipo de atendimento e avaliar seu requisito pessoal para participar de treinamentos periódicos para desenvolver uma forma correta para executar este procedimento. A análise dos dados evidenciou-se que a maioria dos participantes da pesquisa mesmo já tendo participado de treinamentos para atendimento à PCR, sentem a necessidade de participarem de treinamentos periódicos, tanto por parte teórica, como prática, pois no estudo mostrou-se que os participantes não dominam totalmente a teoria e não se sentem confiantes em realizar a prática. Portanto, verificou-se a importância da aplicação da capacitação e treinamentos periódicos, tornando a equipe confiante, a fim de realizarem um atendimento ao paciente em PCR rápido e eficaz, diminuindo o risco de sequelas ao paciente, também tornando a instituição referência para a população em geral, no atendimento ao paciente em PCR.

PALAVRAS CHAVE: Parada cardiorrespiratória; Atendimento; Treinamentos.

ABSTRACT: The cardiorespiratory arrest is a reality in all hospital areas of the world. Health professionals may not feel prepared to do this type of care because it is a complex procedure that is not performed periodically, also because their care protocol is always being updated, causing many doubts to get the correct procedure. This article has the main objective of measuring the knowledge of the active health professionals to do this type of procedure and to develop a way to introduce periodic training for a better theoretical and practical performance. The study plan performed a quantitative analysis, of an applied nature, exploratory and descriptive field. The sample comprised 25 professionals from the nursing area of different subdivisions of Santa Terezinha Hospital in the City of Cruz Machado in the State of Paraná. The data of the interview were related to questions about the current protocol for patient care in CRP of health professionals and the knowledge required to make this type of care and to evaluate their personal requirement to participate in periodic training to develop a correct way to perform this procedure. The analysis of the data showed that most of the participants of the research, even though they had participated in training to attend the CRP, feel the need to participate in periodic training, both theoretically and practically, because in the study it was shown that the participants do not fully master the theory and do not feel confident in performing the practice. Therefore, it was verified the importance of the application of training and periodic training, making the team confident, in order to perform a patient care in fast and efficient procedure, reducing the risk of sequelae to the patient, also making the institution a reference for the population in general, in patient care in cardiorespiratory arrest.

KEYWORDS: Cardiorespiratory arrest; Attendance; Trainings.

¹ Enfermeira e pós graduanda em UTI e Emergências das Faculdades integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

² Professora orientadora. Enfermeira, Mestre em Desenvolvimento Regional. Docente das Faculdades integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

1 INTRODUÇÃO

O atendimento de emergência consiste em um conjunto de ações médicas e de enfermagem imediatas destinadas a recuperação de pacientes com danos à saúde, que implicam em risco iminente de morte. Segundo Santos (2010, p.18), “consideramos alta prioridade de atendimento: parada cardiorrespiratória (PCR); dor torácica acompanhada de desconforto respiratório; politraumatismo em geral; hemorragias de alta intensidade; [...]”.

A PCR conforme Santos (2014) consiste na ausência de batimentos cardíacos e respiratórios de um indivíduo, sendo primordial que a PCR seja identificada o quanto antes, a fim de iniciar imediatamente a ressuscitação cardiopulmonar, a qual consiste na sequência de uma série de procedimentos, visando manter a circulação e a oxigenação de órgãos vitais, até que seja reestabelecida a circulação e ventilação espontânea.

Ficando por responsabilidade de o Enfermeiro treinar sua equipe para o atendimento pré, trans. e pós-PCR. Já que para a equipe de enfermagem o atendimento emergencial na PCR, no intra-hospitalar continua sendo um desafio, pois acima de tudo é necessário ter conhecimento sobre o assunto, conseguindo identificá-la o mais breve possível e iniciar manobras de reanimação evitando danos neurológicos graves.

Desta forma, tendo a visão de enfermeiro especialista em UTI e Emergências, entende-se que quanto mais preparada estiver a equipe, melhores condições de sobrevivência terá o paciente. Sendo assim, a implantação de rotinas e treinamentos, favorecerá não somente a equipe de enfermagem, o que de médio à longo prazo, tornando-se uma prática na instituição hospitalar sede da pesquisa, melhorando ainda mais o atendimento a comunidade.

Sendo assim, a pergunta que norteia essa pesquisa é: A assistência da equipe de enfermagem torna-se mais eficiente a partir do momento em que houver implantação de treinamentos periódicos para a atuação na parada cardiorrespiratória? Direcionando para o objetivo de implantar rotinas de treinamentos para a equipe de

enfermagem do Hospital Municipal Santa Terezinha do município de Cruz Machado – PR, para o atendimento ao paciente em parada cardiorrespiratória.

2 MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de natureza aplicada e de campo, exploratória e descritiva. A população foi composta por 25 profissionais de enfermagem, divididos nas categorias: 04 Enfermeiros, 19 Técnicos e, 02 Auxiliares de Enfermagem, profissionais que atuam no Hospital Municipal Santa Terezinha do Município de Cruz Machado – Paraná. Os dados foram coletados através de questionário elaborado pela pesquisadora e validado por três professores, que foi aplicado individualmente, durante a sua jornada de trabalho; todos os funcionários aceitaram participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os dados coletados foram analisados através de banco de dados, e colocados em quadros, gerando discussões sobre os resultados.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

Segundo Alves (2011, 03) “As unidades de emergência ou prontos-socorros, são as responsáveis em fornecer atendimento de urgência e emergência aos indivíduos que necessitem de atendimento, seja eles adultos ou crianças, 24 horas por dia”.

Portando cabe a equipe responsável pelo atendimento ter a sabedoria para distinguir a classificação de cada caso, se é urgência ou emergência, juntamente com materiais e equipamentos necessários para atendimentos de baixa e alta complexidade fornecendo assim à população atendimento rápido, humanizado e de qualidade.

3.1.1 Urgência

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

Segundo Santos (2010, p.17) é a ocorrência imprevista de danos à saúde, em que não ocorre risco de morte, ou seja, o indivíduo necessita de atendimento médico mediato. São considerados de prioridade de urgência os casos em que o paciente apresenta segundo o mesmo autor:

Dor torácica sem complicações respiratórias; alguns tipos de queimaduras; fraturas sem sinais de choques ou outras lesões mais sérias; Vômitos e diarreia, acompanhadas ou não por estado febril abaixo de 39°C; sangramentos e ferimentos leves e moderados.

3.1.2 Emergência

Segundo Santos (2010, p.18) “É a constatação médica de condições de danos à saúde, que implicam em risco de morte, exigindo tratamento médico imediato”.

Sendo considerados de prioridade de emergência os casos em que o paciente apresenta:

Parada cardiorrespiratória (PCR); dor torácica acompanhada de desconforto respiratório; politraumatismo em geral; hemorragias de alta intensidade; queimaduras extensas; perda do nível de consciência; intoxicação em geral; ferimento por arma de fogo (FAF); ferimento por arma branca (FAB); estados de choque; estado febril acima de 40°C; gestações em curso com complicações (SANTOS, 2010, p.18).

Ressalta-se que tanto para o atendimento de urgência como para emergência o profissional da enfermagem deve estar sempre atento quanto aos sinais e sintomas do indivíduo, pois será o responsável por direcionar o atendimento.

3.2 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (pcr)

A PCR, segundo Santos (2014, p. 50) consiste na ausência de batimentos cardíacos e respiratórios, podendo ocorrer em qualquer indivíduo, seja ele cardiopata ou não, com alguma outra doença pré-estabelecida ou não. Sendo definida a PCR como:

A cessação abrupta das funções cardíacas, respiratórias e cerebrais. Comprovada pela ausência de pulso central (carotídeo ou femoral), de movimentos respiratórios (apneia) ou respiração agônica (*gasping*), inconsciência (de 8 12 segundos após PCR) e midríase completa em menos de 3 minutos.

Como qualquer outra doença, a PCR também tem seus sinais e sintomas, sendo que Santos (2014, p.50) os classifica como: “sudorese, dor torácica,

taquicardia, tontura, escurecimento ou embaçamento da visão, alteração do nível de consciência e alterações de pressão arterial”.

Para definir a PCR, devem-se observar três sinais clínicos, que distinguem as fases da PCR, sendo elas:

Fase elétrica: observar nível de consciência - se inconsciente chamar pelo indivíduo [...]. **Fase circulatória ou hemodinâmica:** observar respiração – se ausente, verificar a expansão torácica, ouvir sons expiratórios e sentir o ar expirado. [...] **Fase metabólica:** observar pulso – se ausente verificar o pulso carotídeo ou femoral, por serem mais precisos do que o pulso periférico, que pode ser variável e instável [...] (SANTOS, 2014, p.50). grifo nosso

3.3 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Como se sabe para cada atendimento a um indivíduo existe sempre um protocolo a ser seguido, que visam orientar os profissionais na ampliação da segurança do paciente durante o atendimento à saúde, como também para sua própria segurança.

Após o diagnóstico da PCR, para cada faixa etária a reanimação deve ser realizada de maneira específica. Para a reanimação no adulto, seguindo atualização da Portaria 2048/2015, as compressões devem ser realizadas da seguinte maneira:

Deve-se expor o tórax do paciente, seguir a linha dos mamilos, logo acima do apêndice xifoide, apoiar uma mão sobre a outra e com a base da mão encima do osso esterno iniciar as compressões, elas devem ser feitas numa sequência de 30 compressões por 2 ventilações com um intervalo aproximado de 6 segundos entre cada ventilação, através de ventilador manual, ou quaisquer outros equipamentos que mantenham a segurança do paciente e do profissional que irá realizar o procedimento (lembrando que não é mais obrigatório o uso das ventilações para socorristas leigos). A velocidade recomendada para as compressões é de 100 a 120/min, com uma profundidade de 5 cm em adultos, deve-se permitir o retorno total do tórax entre as compressões, afim de manter a eficácia da manobra.

Para a reanimação em crianças e adolescentes, seguindo a Portaria 2048/2015 deve-se proceder da seguinte maneira:

Se estiver em apenas um socorrista, realizar 30 compressões e 2 ventilações. No caso de 2 socorristas, realizar 15 compressões para 2 ventilações, com intervalos de 3 a 5 segundos entre cada ventilação. [...]na compressão torácica deve comprimir o tórax para bebês cerca de 4cm, e para crianças e adolescentes cerca de 5cm, mas não ultrapassando os 6cm.

Ressaltando que para a RCP em crianças e adolescentes deve ser avaliada pelo tamanho e peso. Em crianças utiliza-se apenas uma mão para a realização da

massagem. Para a reanimação neonatal, seguindo ainda a portaria 2048/2015, a RCP deve ser realizada da seguinte maneira:

As recomendações da técnica de compressão torácica (técnica de dois polegares) e a relação compressão ventilação (3:1 com 90 compressões e 30 respirações por minuto. [...] uso de oxigênio a 100% sempre que forem aplicadas compressões torácicas. É aconselhável reduzir gradativamente a concentração de oxigênio, logo que a frequência cardíaca se recuperar.

Após uma PCR o paciente deve ser mantido aquecido e sob monitoramento contínuo, juntamente com outros cuidados, que são:

Na fase de pós-reanimação, destacam-se os cuidados relacionados a: vias aéreas e ventilação; monitorização cardíaca, verificação de oximetria de pulso; verificação de acesso venoso para controle de infusão de volume, drogas vasoativas e antiarrítmicas; controle de glicemia; sonda nasogastrica e cateter vesical de demora; controle dos sinais vitais; e monitorização e registro de parâmetros hemodinâmicos. (SANTOS, 2010, p. 54).

3.4 FUNÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A PCR

É de extrema importância que os profissionais da área da saúde saibam o que compete a cada um deles frente a todas as situações, seja pré ou intra-hospitalar. No caso da PCR cabe ao profissional Enfermeiro:

O Enfermeiro, na ausência de outros profissionais que lhe possam auxiliar, deverá tomar a decisão de iniciar os procedimentos, como a desobstrução das vias aéreas, ventilação usando um ventilador manual com máscara, compressão torácica e punção venosa. [...] é extremamente importante que o Enfermeiro conheça os limites de cada profissional, bem como saber se os mesmos estão aliando o conhecimento teórico com a prática, além de avaliar individualmente o desempenho de cada funcionário diante de uma situação de urgência ou emergência e saiba direcionar sua equipe (ALVES; MAIA, 2011, p.13).

Vale ressaltar que se devem tratar todos com o digno respeito, independentemente de qualquer situação, ou crença. Sempre se colocar no lugar das pessoas, pois ninguém é igual a ninguém, cada qual tem o seu jeito de sentir dor, tristeza ou quaisquer outros problemas que possamos vivenciar. Devendo acima de tudo ser humanos e tratar todos com humanidade.

Ressalta-se que como esse trabalho esta na fase de elaboração do projeto de pesquisa, as referencias aqui destacadas sofrerão alterações na versão final.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram aplicados 25 questionários aos funcionários da enfermagem do Hospital Municipal Santa Terezinha do município de Cruz Machado – PR atuantes nos diversos setores de atendimento de enfermagem ofertados pelo hospital, já que todos os funcionários prestam a assistência durante uma situação emergencial. Não foram utilizados critérios de exclusão e todos aceitaram participar da pesquisa.

Caracterizando os envolvidos na pesquisa, fizeram parte da pesquisa 25 profissionais atuantes de diferentes setores do hospital, na faixa etária entre 25 a 59 anos, divididos entre 04 enfermeiros, 19 técnicos de enfermagem e 02 auxiliares de enfermagem. Entre esses, 16 trabalham no período diurno e, 09 no período noturno. Sendo eles, 23 profissionais do sexo feminino e 02 do sexo masculino. A maioria parte dos entrevistados tem um tempo de formação acima de 10 anos e com tempo de atuação na assistência hospitalar também acima de 10 anos. Dos 25 entrevistados, 19 não possuem nenhum tipo de especialização, e 5 possuem especialização nas áreas de amamentação, curativos, instrumentação cirúrgica e Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Após a caracterização, iniciou-se a identificar sua capacitação em atendimentos emergenciais. Iniciando pela identificação sobre treinamentos oferecidos pelo hospital ao iniciaram os trabalhos na instituição e ou após estarem desenvolvendo suas atividades. O gráfico 01 retrata a informação:

Quadro 01 – Sobre a capacitação e treinamento.

	Sim	Não	Não responderam
Quando começou a trabalhar nesta instituição, você recebeu algum treinamento para realização de atendimento a PCR?	12	13	00
Durante o tempo em que você trabalha nesta instituição foi desenvolvido algum treinamento ou capacitação para atendimento a PCR	24	01	00
Se sim, participou do curso?	21	02	02

Fonte: Dados Da Pesquisa, 2017.

Pelo quadro 01, ficou evidenciado que 12 (n=25) dos entrevistados não receberam treinamento para atendimento a PCR quando foi iniciado o trabalho na instituição, e 13 (n=25) receberam treinamento para atendimento a PCR. Também quando questionados se durante o tempo trabalhado na mesma instituição, se foi realizado algum treinamento, evidenciou-se que 24 (n=25) recebeu treinamento para

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

atendimento a PCR e, 01 (n=20) não recebeu. Dentre estes, 21(n=25) participaram do treinamento oferecido pela instituição, 02 (n=25) relataram não ter recebido nenhum treinamento e 02 (n=25) não responderam.

Para entender a necessidade de treinamentos para o trabalho da enfermagem, chama a atenção para o estudo de Alves (2011, p.13) que diz:

Ações organizadas e planejadas diminuem as sequelas e influenciam nos resultados do atendimento, uma vez que a duração da reanimação está diretamente relacionada ao prognóstico neurológico, isto é, quanto mais longa a ressuscitação cardiopulmonar, maior o dano neurológico. Para que essas ações possam obter êxito, é preciso que a equipe esteja em sincronia e, para isto deve estar bem preparada e bem treinada.

O que mostra que treinamentos periódicos são importantes para manter a equipe sempre capacitada para o atendimento a PCR.

Quando questionados sobre seu sentimento de capacitação e a necessidade de participarem de treinamentos periódicos para atender a um paciente em PCR temos o seguinte resultado:

Quadro 02 – Aptos de prestar assistência durante a PCR e a importância de capacitação.

	Se sente capacitado para atender uma PCR?	Sente necessidade de participar de capacitação para PCR?
Sim	18	24
Não	07	01
Não responderam	00	00

Fonte: Dados Da Pesquisa, 2017.

Pelo quadro 02, ficou evidenciado que 18 dos entrevistados se sentem capacitados para atender um paciente em PCR, e 7 não se sentem capacitados para prestar este atendimento. Quando questionados sobre a necessidade de participarem de uma capacitação 24 sentem a necessidade de participarem de uma capacitação e apenas 1 não acha a necessidade de tal capacitação. O que mostra que a grande parte da equipe de enfermagem não se sente capacitada para prestar atendimento a pacientes em PCR, sentindo a necessidade de participarem de treinamentos periódicos para prestar atendimento eficaz a pacientes em PCR.

Segundo o estudo realizado por Lima (2009, p.635) sobre a eficácia de treinamentos periódicos para atendimento a PCR, verificou-se que:

[...] um impacto significativo no nível de conhecimento dos profissionais de enfermagem após o treinamento em SBV e SAV, como poder ser visto pelo ganho percentual de conhecimento de 91% na amostra total, chegando a 131% no grupo de auxiliares de enfermagem. Esses dados corroboram a necessidade da estruturação da educação continuada em saúde como ferramenta que contribuirá para a melhoria nas taxas de sucesso em RCP.

Comprovando a eficácia dos treinamentos periódicos para a equipe de enfermagem para prestar o atendimento a PCR.

Quando questionados sobre o conhecimento individual para identificar um paciente em PCR:

Quadro 03 – identificação do paciente em PCR.

Sim	20
Não	03
Não responderam	02

Fonte: Dados Da Pesquisa, 2017.

Pelo quadro 03, fica evidenciado que 20 dos entrevistados sentem que sabem identificar quando um paciente encontra-se em PCR, 3 sentem que não sabem identificar quando um paciente encontra-se em PCR e os outros 2 não responderam a questão, o que sugere que não sabem distinguir quando um paciente encontra-se em PCR. Sendo assim percebe-se que a grande maioria dos entrevistados sentem que são capazes de identificar quando um paciente encontra-se em PCR.

Porém quando questionados sobre quais seriam os 3 principais sinais clínicos que distinguem uma PCR, seguindo a ordem correta de avaliação temos os seguintes resultados:

Quadro 04 – Conhecimento dos sinais clínicos da PCR.

Observar respiração, observar nível de consciência, observar pulso.	09
Observar nível de consciência, observar pulso, observar respiração.	05
Observar nível de consciência, observar respiração, observar pulso.	10
Não sei responder.	01

Fonte: Dados Da Pesquisa, 2017.

Pelo quadro 04, ficou evidenciado que 15 dos entrevistados responderam de maneira incorreta a questão, sendo que apenas 10 dos entrevistados sabem distinguir clinicamente uma PCR seguindo a ordem correta de avaliação, colocando em divergência o resultado do quadro 03, onde 20 dos entrevistados se achavam capacitados para distinguir uma PCR corretamente. Segundo a portaria 2048/2015 seguindo a ordem correta de avaliação para o reconhecimento da PCR no paciente, deve-se seguir a ordem: “Verifique se a vítima responde, verifique a respiração, verifique o pulso”. O que torna a terceira alternativa correta. Mostrando que a equipe encontra-se despreparada para distinguir clinicamente um paciente em PCR, mostrando mais uma vez a importância de realizar treinamentos periódicos.

Quando questionados sobre o procedimento a ser realizado imediatamente após o diagnóstico da PCR temos os resultados:

Quadro 05 – Procedimento imediato realizado na PCR.

Massagem cardíaca.	19
Choque elétrico cardíaco.	00
Ventilação manual.	05
Não sei responder.	01

Fonte: Dados Da Pesquisa, 2017.

Segundo a Portaria 2048/2015 o procedimento a ser realizado de imediato após diagnosticar a PCR é a massagem cardíaca, a fim de manter a circulação evitando danos graves a saúde do paciente. Portanto pelo quadro 05, ficou evidenciado que 6 dos entrevistados responderam de maneira incorreta qual o procedimento a ser realizado de imediato após ser diagnosticada a PCR, e 19 dos entrevistados responderam de maneira correta.

Quando questionados sobre a sequência correta de reanimação cardiopulmonar para adultos tem-se:

Quadro 06 – Reanimação no adulto.

15 compressões x 1 ventilação manual.	03
30 compressões x 2 ventilações manuais com intervalo de 6 segundos entre cada ventilação.	18
20 compressões x 2 ventilações manual seguidas.	02
Não sei responder.	01
Anulada.	01

Fonte: Dados Da Pesquisa, 2017.

Segundo a Portaria 2048/2015 a sequência correta para a reanimação cardiopulmonar em adultos é: 30 compressões torácicas com 5 cm de profundidade, alternadas com 2 ventilações manuais com intervalo de 6 segundos entre cada ventilação em uma velocidade de aproximadamente 100/120 compressões por minuto, para adultos as compressões devem ser realizadas com a base da mão, com o dedos entrelaçados e braços eretos. Portanto, pelo quadro 06, ficou evidenciado que 5 dos entrevistados responderam de maneira incorreta a questão, 1 entrevistados não soube responder a questão, 1 das respostas foi anulada devido ao entrevistado ter assinalado mais de 1 alternativa, e 18 dos entrevistados responderam a questão de maneira correta a questão.

Desta forma, teoricamente os dados mostram que a maioria dos entrevistados estão aptos a realizar a reanimação cardiopulmonar em adultos.

Quando questionados sobre a sequência correta para reanimação cardiopulmonar em crianças e adolescentes, com 2 profissionais da saúde, tem-se:

Quadro 07 – Reanimação em crianças e adolescentes.

15 compressões x 2 ventilações com intervalos de 3 a 5 segundos entre cada ventilação.	16
20 compressões x 1 ventilação.	02
15 compressões x 1 ventilação.	04
Não sei responder.	02
Anulada.	01

Fonte: Dados Da Pesquisa, 2017.

Segundo a Portaria 2048/2015 a sequência correta para reanimação cardiopulmonar em crianças e adolescentes na presença de 2 profissionais capacitados é: 15 compressões torácicas com 5cm de profundidade, alternadas por 2 ventilações com intervalos de 3 a 5 segundos entre cada ventilação manual (para compressões desta faixa etária, deve ser utilizado apenas um braço, com a base de apenas uma mão sob o tórax e braço ereto). Vale resaltar que esta reanimação vale para crianças que já entraram na puberdade, devendo também ser realizada uma avaliação física do paciente, a fim de definir a profundidade das compressões. Portanto, pelo quadro 07, ficou evidenciado que 6 dos entrevistados responderam de maneira incorreta a questão, 2 não souberam responder, 1 das respostas foi anulada devido ao entrevistado ter assinalado mais de 1 alternativa, e 16 dos entrevistados responderam de maneira correta a questão.

Os dados coletados mostram que teoricamente a maioria dos entrevistados estão capacitados para prestar atendimento de PCR em crianças e adolescentes.

Quando questionados sobre a sequência correta para reanimação cardiopulmonar neonatal, temos:

Quadro 08 – Reanimação neonatal.

5 compressões x 2 ventilações.	06
3 compressões x 1 ventilação.	08
10 compressões x 1 ventilação.	06
Não sei responder.	05

Fonte: Dados Da Pesquisa, 2017.

Segundo a Portaria 2048/2015 a sequência correta para a reanimação neonatal é: 3 compressões torácicas com profundidade de 4 cm (para bebês com menos de um ano até a puberdade), alternados com 1 ventilação, ressaltando que

para esta faixa etária as compressões torácicas devem ser realizadas apenas com os dois dedos polegares sob o tórax.

Os dados coletados mostram que a minoria dos entrevistados, teoricamente estão capacitados para prestam atendimento de reanimação cardiopulmonar neonatal. Portanto, pelo quadro 08, ficou evidenciado que 12 dos entrevistados responderam de maneira incorreta a questão, 5 dos entrevistados não souberam responde, e apenas 8 dos entrevistados responderam de maneira correta a questão.

Seguindo a Portaria 2048/2015 a sequência correta para a reanimação neonatal é: 3 compressões torácicas com profundidade de 4 cm (para bebês com menos de um ano até a puberdade), alternados com 1 ventilação, ressaltando que para esta faixa etária as compressões torácicas devem ser realizadas apenas com os dois dedos polegares sob o tórax.

Os dados coletados mostram que a minoria dos entrevistados, teoricamente estão capacitados para prestam atendimento de reanimação cardiopulmonar neonatal.

Durante a coleta de dados, foram evidenciados muitos questionamentos sobre a necessidade de aplicação de treinamentos Periódicos, já que o protocolo para atendimento a PCR é sempre atualizado, também devido ao atendimento a PCR não ser muito recorrente nesta unidade hospitalar, também houve muitos relatos de que os entrevistados responderiam as questões contando com a sorte, pois não teriam certeza da resposta correta. A pesquisadora como integrante da equipe desta unidade hospitalar, pôde perceber que nem todos os entrevistados foram sinceros em suas respostas, já que na entrevista responderam de uma maneira e na prática foi realizado de outra maneira. Inclusive relatos dos próprios Enfermeiros, que não se sentem capacitados para gerenciar sua equipe frente ao atendimento em PCR.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PCR como uma realidade hospitalar mundial e com a necessidade de um atendimento complexo, rápido e eficaz através de uma equipe treinada e capacitada para este tipo de atendimento, acaba gerando em muitos profissionais, dúvidas e insegurança em realizar este tipo de atendimento. O estudo mostra essa realidade,

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

onde muitos dos profissionais entrevistados se julgam capacitados para distinguir um paciente em PCR, porém, não sabem quais os procedimentos corretos a proceder tanto na teoria como na prática.

A aplicação de treinamentos periódicos e atualizados, em relação ao atendimento ao paciente em PCR, da equipe atuante da área da Enfermagem do Hospital Municipal Santa Terezinha, deve ter como objetivo tornar a equipe qualificada, tornando o atendimento a PCR rápido e eficaz, evitando danos maiores a saúde do paciente, também tornando-os de médio a longo prazo confiantes para a realização deste tipo de atendimento, mudando o ambiente que hoje é de estresse e confusão em uma instituição espelho para a população em geral.

É válido salientar a importância da continuidade da pesquisa por parte de outros profissionais da área, pois a excelência do atendimento garante maior probabilidade de êxito, que converte em salvar maior número de vidas.

REFERÊNCIAS

ALVES, F. G.; MAIA, L. F. G. **A importância do treinamento em PCR e RCP para os profissionais de enfermagem em unidade de terapia intensiva.** São Paulo: revista recien, 2011. Disponível em <
<http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/21/211>. Acesso em 10/06/2017.

BOAVENTURA, A. P.; ARAÚJO, I. E. M. **Registro do atendimento da parada cardiorrespiratória no ambiente intra-hospitalar: aplicabilidade de um instrumento.** Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre – RS, 2006. Disponível em <
<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4662/2580>. Acesso 08/06/2017.

GARLET, R. E.; LIMA, M. A. D. S.; SANTOS, J. L. G.; MARQUES, G. Q. **Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência.** 272fls. Artigo científico. Pinhal Grande – RS. 2008 a 2009. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/09>. Acesso em 13/06/2017.

GUIMARÃES, H. P. **Destaques da American Heart Association: Atualização das diretrizes de RCP e ACE.** Edição em português, 2015. Disponível em <
<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf> Acesso em 27/06/2017. Acesso em 13/11/2017.

LIMA, G. S. **Educação Permanente em SBV e SAVC: Impacto no Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem.** Artigo científico. Recife – PE. 2009. Disponível em <
<http://files.enfermagemcardiologia.webnode.com.pt/200000027-aa242ab1ee/artigo.pdf> . Acesso em 13/11/2017.

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

MARTINS, H. S.; NETO, R. A. B.; VELASCO, I. T. **Emergências clínicas**. 11. ed. Barueri, São Paulo, 2016.

NUNES, T. A. **Urgência e emergência pré-hospitalar**. 2. ed. Belo Horizonte: Folium, 2010.

OLIVEIRA, R. A.; NORCIA, N. B. **Curso de especialização profissional de nível técnico de enfermagem: livro do aluno urgência e emergência**. São Paulo: FUNDAP, 2010. Disponível em < [http://tecsaude.sp.gov.br/pdf/TecSaude -
Urgencia e Emergencia.pdf](http://tecsaude.sp.gov.br/pdf/TecSaude-_Urgencia_e_Emergencia.pdf). Acesso em 27/06/2017.

POLL, M. A.; LUNARDI, V. L.; FILHO, W. D. L. **Atendimento de unidade de emergência: organização e implicações éticas**. 514fls. Artigo científico. 2011. Disponível em < <http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v21/n3/v21n3a21.pdf>. Acesso em 27/06/2017.

SANTOS, N. C. M. **Enfermagem de pronto atendimento: urgência e emergência**. 1. ed. São Paulo: Érica, 2014.

SANTOS, N. C. M. **Urgência e emergência para a enfermagem: do atendimento pré-hospitalar APH à sala de emergência**. 6. Ed. Ver. E atual. São Paulo: Iátria, 2010.

WEHBE, G.; GALVÃO, C. M. **O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações**. Revista latino-am enfermagem, 2011. Disponível em< <http://www.periodicos.usp.br/rlae/article/view/1556>. Acesso em 27/06/2017.

PERFIL DAS GESTANTES ADOLESCENTES COM INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSISTIDAS PELO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA, BITURUNA/PR ENTRE 2015 A 2017

Natali Evelin Cunha¹
Eliani Aparecida Winhar Krug²
Loreni Maria Rosenscheg³
Ivonilce Venturi⁴
Elias da Costa⁵

RESUMO: A pesquisa objetivou identificar o perfil das gestantes adolescentes com infecção do trato urinário (ITU), atendidas no hospital São Vicente de Paula, no município de Bituruna/PR, no período 2015 a 2017. O estudo proposto foi desenvolvido por meio da análise dos prontuários de gestantes atendidas no referido hospital. Entre os fatores de relevância que justificam este estudo, é que a ITU ocupa o segundo lugar entre as infecções mais comumente encontradas na população, cuja incidência maior é observável em mulheres. Além disso, na gravidez a patologia oferece riscos potenciais tanto para a gestante quanto para o feto, pois considerada fator de risco na adolescência existe possibilidades de aumento das complicações, tornando-se um problema de saúde pública e social, podendo, inclusive, aumentar as chances de morte materna, taxas de nascimentos prematuros, mortalidade neonatal e baixo peso do bebê. A metodologia empregada constituiu-se de pesquisa aplicada de abordagem quanti-qualitativa, exploratória, documental e *ex-post-facto* considerando os registros nos prontuários de internamento do Hospital São Vicente de Paula, no período citado. Diante dessa realidade e no contexto das sugestões, elaborou-se um folder explicativo contendo informações acerca dos riscos físicos, sociais e psicológicos frente à gravidez na adolescência, orientando para cuidados básicos destinados à prevenção de ITU. Os resultados apontaram o perfil das gestantes adolescentes com ITU, sendo a maioria com idade entre 12 e 14 anos, com filhos, união estável, sem trabalho assalariado, atuam no trabalho informal, poucas analfabetas; das participantes, o maior percentual realizou exames de pré-natal no primeiro trimestre; 90% apresentavam sintomas de ITU e a maioria apresentou quadro recorrente, respondendo de forma positiva ao tratamento; não houve registro de complicações e a saúde do feto continuou normal em todos os casos. Esses dados reforçam a necessidade imprescindível de atuação do profissional de saúde na esfera da orientação direcionada para formas de prevenção e tratamento partindo do conhecimento da realidade para poder atuar.

Palavras-chave: gravidez na adolescência; infecção do trato urinário (ITU); prevenção; orientação profissional.

ABSTRACT: This article aimed to identify the profile of pregnant women with urinary tract infection treated at the São Vicente de Paula Hospital, in the municipality of Bituruna/PR, from 2015 to 2017. The proposed study (adolescent pregnant women index and profile) by analyzing the medical records of pregnant women attended at the referred hospital. Among the relevance factors that justify this study, it is highlighted that the UTI is the second most common infection among the population, whose incidence is higher in women. In addition, in pregnancy, the pathology presents potential risks to both the pregnant woman and the fetus, since it is considered a risk factor in adolescence and there is a possibility of increased complications, becoming a public and social health problem, which may increase the chances of maternal mortality, rates of preterm birth, neonatal mortality, and low birth weight. The methodology used was applied research of quantitative-qualitative, exploratory, documentary and *ex-post-facto* approach considering the records in the hospitalization records of the Hospital São Vicente de Paula, in the mentioned period. Faced with this reality and in the context of the suggestions, an explanatory

¹ Acadêmica do 10º período do curso de enfermagem.

² Professora orientadora.

³ Graduada em Licenciatura em Pedagogia. Graduada em Enfermagem. Especialista Nefrologia. Especialista em UTI e Emergência.

⁴ Graduada em Nutrição. Mestre em Ciência da Nutrição. Doutora em Ciências Farmacêuticas. Docente nas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

⁵ Doutor em Química. Docente das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

pamphlet containing information about physical, social and psychological risks in relation to teenage pregnancy was developed, guiding basic care for UTI prevention. The results showed the profile of adolescent pregnant women with UTIs, most of them aged between 12 and 14 years old, with children, stable union, no paid work, informal work, few illiterates; of the participants, the highest percentage performed prenatal exams in the first trimester; 90% had UTI symptoms and the majority presented recurrent disease, responding positively to treatment; there was no record of complications and fetal health remained normal in all cases. These data reinforce the essential need for the health professional to act in the sphere of orientation directed towards forms of prevention and treatment based on the knowledge of reality in order to be able to act.

Keywords: teenage pregnancy; urinary tract infection (UTI); prevention; professional orientation.

1 INTRODUÇÃO

Entre as diversas infecções passíveis de agravamento durante a gestação, a infecção do trato urinário (ITU), ganha o destaque desta pesquisa, por gerar inúmeros problemas gestacionais, agravando a saúde da gestante e do feto.

Nascimento, Oliveira e Araújo (2012, p. 111) definem ITU como “A invasão e propagação de bactérias, desde a uretra até os rins, levando a lesões teciduais”.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia (2017) cerca de 66% das pessoas acometidas por ITU são mulheres, deixando claro que esse índice se dá devido a constituição fisiológica da anatomia feminina, possibilitando a contaminação por bactérias. Destacando também, se a ITU se manifestar durante o período gestacional, poderá desencadear o trabalho de parto prematuro.

Baseando-se nas colocações dos autores e nas estatísticas, entendeu-se a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o perfil das gestantes com ITU, em especial gestantes adolescentes, pois entende-se que essa população venha a ter maiores complicações na gestação, onde Ziegel e Cranley (2008) destacam que a garota não adulta, enfrenta um problema pela qual se encontra desesperada, devido à imaturidade fisiológica. E, esse despreparo consistiu-se em problema de saúde pública e social, cuja prática clínica, esteja associada à possibilidade de aumentar inclusive chances para a morte materna, aumentando também as taxas de nascimentos prematuros, mortalidade neonatal e baixo peso do bebê.

Entende-se com esse contexto, que com a elaboração dessa pesquisa possa-se elaborar planos de orientações conforme as necessidades do local, contribuindo para redução dos casos de complicações desde a patologia até mesmo a mortalidade

fetal e/ou materna uma vez que as adolescentes possam não comparecer as consultas de pré natal.

Assim o objetivo dessa pesquisa foi identificar o perfil das gestantes adolescentes com infecção do trato urinário, atendidas no hospital São Vicente de Paula, no município de Bituruna/PR, no período 2015 a 2017.

Para tal utilizou-se a pesquisa aplicada de abordagem quantitativa, exploratória, documental e *ex-post-facto*, e realizada no Hospital São Vicente de Paula, Município de Bituruna/PR, sendo a instituição hospitalar de referência para consultas emergenciais e internamentos no município. A coleta de dados realizada através de busca manual dos prontuários de todas as gestantes admitidas no período de janeiro de 2015 a junho de 2017 e, após como critério de inclusão, somente as gestantes na faixa etária de 12 a 19 anos, faixa etária essa determinada pelo Estatuto da Criança e Adolescente como adolescência.

Para se seguir as etapas éticas, a proposta de pesquisa foi deferida pelo Núcleo de Ética e Bioética com parecer favorável 2017/061; ao Hospital São Vicente de Paula foi emitido uma carta de apresentação solicitando autorização para coleta de dados e divulgação das informações encontrada, qual foi deferido.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano que está entre infância e a fase adulta. Conforme Santos et al. (2010), muitas alterações são percebidas com o decorrer do tempo e na fisiologia do organismo, nos pensamentos e nas atitudes desses jovens, na maioria das vezes em razão das descobertas, formação da identidade, fase na qual as conversas envolvem namoro, brincadeiras e tabus.

De acordo Organização Mundial da Saúde (2018) estima-se que haja anualmente 12,8 milhões de nascimentos entre meninas adolescentes de 15 a 19 anos. Para complementar uma reportagem da G1 (2018) o Brasil tem 68,4 bebês de mães adolescentes a cada mil meninas de 15 a 19 anos, índice superior a média latino-americana que é de 65,5. Destaca ainda que a média mundial é de 46

nascimentos a cada mil adolescentes. Fato esse alarmante necessitando de intervenções da enfermagem.

A gestação na fase da adolescência, representa complicações, tanto biológicas, familiares, psicológicas, econômicas, pois conforme Moreira e Viana (2008) impactam a vida da adolescente e da sociedade amplamente, adiando e limitando as oportunidades de desenvolvimento e engajamento destas jovens na sociedade.

Para Alves e Brandão (2009), a gravidez e a maternidade na adolescência rompem com o ciclo natural da vida e emergem socialmente como problema e risco a serem evitados. A própria sexualidade dos/as jovens se vê contrariada pelos projetos que a sociedade lhes impõe, visando determinados fins. Por exemplo: a manutenção da reprodução dentro do marco da família a necessidade de mão-de-obra qualificada em condições de participar da sociedade de consumo, a intenção de conter a pobreza através da diminuição de nascimentos, sobretudo daqueles partos cujas mães sejam adolescentes pobres, pois a pobreza cobra do estado assistência, políticas públicas de saúde, de educação, de habitação.

Os filhos de mães adolescentes, recém-nascidos, conforme Carniel e Zanolli (2006) apresentam maior possibilidade de baixo peso ao nascer, com risco aumentado de morte por desnutrição e problemas infecciosos no primeiro ano de vida. Esse grupo populacional, também está sujeito à pré-eclâmpsia, anemia, complicações obstétricas.

Dentro das concepções de Rios e Paiva (2008), os fatores biológicos, acrescentam que a gravidez na adolescente também apresenta repercussões no âmbito psicológico, sociocultural e econômico, pois afetam a jovem, a família e a sociedade. Quando a gravidez acontece prematuramente torna-se um caso de problema na saúde pública, afinal, a mulher precisa estar preparada fisicamente, financeiramente e psicologicamente para gerar uma criança.

2.2 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU)

De acordo com Sacomani et al. (2012), a infecção do trato urinário (ITU) consiste numa patologia de frequência comum em todas as faixas etárias. Contudo, em adultos sua incidência aumenta e acomete, de modo especial, as mulheres com surgimento maior no início da atividade sexual ou relacionado a ela. Sua manifestação

também pode ocorrer na gestação e na menopausa. A recorrência da ITU se caracteriza por dois ou mais episódios em três ou seis meses decorrido um ano após a cura da primeira infecção.

ITU na gestação é um dos problemas, mas frequentes, com prevalência de 20%%, sendo essa de três tipos de acordo com Hackernhaar et. al (2013): a bacteriúria assintomática (sem sintomas), a cistite (bexiga) e a pielonefrite (acometimento renal); sendo que a assintomática é a condição clínica mais frequente.

E, ITU na gestante adolescente torna o prognóstico mais alarmante. Guidoni e Toporovski (2001) relatam que nas adolescentes as alterações hormonais favorecem a colonização vaginal por bactérias nefrogênicas que migram para a área periuretral, podendo ascender pelo trato urinário o causa a ITU.

2.3 O ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA A GRAVIDA ADOLESCENTE

A equipe de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro, deve desenvolver condições para que a adolescente grávida possa expressar seus sentimentos em relação a si e a gravidez. A atuação do enfermeiro com a família, pode conduzir a relação mãe e filho antes, durante e depois do nascimento do bebê. Silva (2007) enfatiza que o enfermeiro deve dispor de uma comunicação aberta e acessível aos pais adolescentes, orientando sobre a importância do acompanhamento médico, as realizações de exames periódicos durante o pré-natal, as vacinas, na amamentação e cuidados com o recém-nascido.

Portanto, para acompanhar as gestantes e prestar-lhes cuidado em um diálogo aberto, sem receios, os enfermeiros devem estar cientes de que as adolescentes devem ser compreendidas no contexto em que vivem.

O pré-natal é reconhecido, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL; 2006a), como uma das medidas preventivas de maior importância para a saúde da mãe e do bebê. Tem como objetivo monitorar a mulher no período gestacional, reduzindo os riscos de mortalidade materno e infantil, e a incidência de prematuridade.

Faria (2006), descreve que a assistência do pré-natal tem como objetivos, além do diagnóstico, o tratamento de patologias próprias da gravidez, a orientação de hábitos de vida e dieta, atividades físicas, vestuários, esportes, proporcionar assistência psicológica, ajuda para resolver conflitos e problemas, preparação para

maternidade, tanto no sentido de orientação na hora do parto como cuidados com o bebê após o parto.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) recomenda que a assistência de pré-natal nas adolescentes, seja realizada por uma equipe profissional constituída por obstetra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, cujo papel será ajudar as adolescentes a se preparar para maternidade.

Nesse sentido, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), estudos mostram que as adolescentes grávidas iniciam o acompanhamento pré-natal tardiamente e o fazem em menor número de consultas, quando comparada em mulheres de vinte anos ou mais.

3 ANALISE E DISCUSSÃO

De acordo com a pesquisa realizada nos prontuários do Hospital São Vicente de Paula, em Bituruna - PR, considerando o período proposto de para a coleta de dados entre os meses de janeiro de 2015 a junho de 2017, houve 820 (oitocentos e vinte) internamentos de gestantes por ITU; destes 207 (duzentos e sete) foram de gestantes adolescentes.

As características quanto à identificação das adolescentes grávidas 207 (n=820) constam no quadro 01, o que se refere a faixa etária:

Quadro 01 – Faixa etária das gestantes

Descritores	Ano base			%
	2015	2016	2017	
Faixa etária				
12 a 14 anos	27	25	26	37%
15 a 16 anos	15	10	12	18%
17 a 18 anos	21	13	11	22%
18 a 19 anos	20	24	03	23%
Total/Ano	83	72	52	207
Total/ano%	40%	35%	25%	100%

Fonte: A autora, 2017.

Observa-se, que a gravidez em adolescentes diminuiu gradativamente no decorrer dos três anos pesquisados, isto é, 40% em 2015, 35% em 2016 e 25% em 2017 (embora o período deste ano não esteja concluído no momento da pesquisa, observa-se uma queda).

Em relação ao estado civil, o quadro 02 evidencia os seguintes resultados:

Quadro 02 – Estado civil

Estado Civil – união estável	2015	2016	2017	%
Sim	69	45	27	68%
Não	26	27	13	32%
Total	95	72	40	207
Total/ano%	46%	35%	19%	100%

Fonte: A autora, 2017.

Os resultados demonstram que no período de 2015 a 2017, das adolescentes grávidas que deram entrada no Hospital São Vicente de Paula, 68% tinham união estável, enquanto 32% não mantinham união estável.

Em relação à ocupação profissional das adolescentes grávidas, os resultados estão no quadro 03.

Quadro 03 – Ocupação

Ocupação da adolescente	2015	2016	2017	%
Trabalho assalariado	-	-	-	0%
Trabalho informal	24	16	22	30%
Desempregada	18	24	11	26%
Estudante	41	32	19	44%
Total	83	72	52	207
Total/ano%	40%	35%	25%	100%

Fonte: A autora, 2017.

Percebe-se que ao longo do período do estudo (2015 a 2017) houve redução nos números, conforme justificado no comentário no quadro 02. Não houve nenhum registro para trabalho assalariado; 30% atuavam no mercado de trabalho informal; 26% desempregadas e a maior parte das pesquisadas, 44% eram estudantes.

Acerca da escolaridade, o quadro 04 exhibe os resultados da pesquisa.

Quadro 04 – Formação/escolaridade

Escolaridade	2015	2016	2017	%
Analfabeta	04	02	03	4%
Ensino fundamental incompleto	21	09	04	17%
Ensino fundamental completo	09	10	06	12%
Ensino médio incompleto	21	15	13	23%
Ensino médio completo	33	19	12	31%
Superior incompleto	03	08	15	13%
Superior completo	-	-	-	-
Total	91	63	53	207
Total/ano%	44%	30%	26%	100%

Fonte: A autora, 2017.

No período do estudo (de 2015 a 2017), das participantes da pesquisa, 4% foram registradas como analfabetas; 17% possuíam Ensino Fundamental incompleto

e 12% Ensino Fundamental completo; para Ensino Médio incompleto, a pesquisa encontrou um percentual de 23% e para Ensino Médio completo 31%; do total de pesquisadas, 13% foram registradas com Ensino Superior incompleto; não houve registro para Ensino Superior completo.

Quanto as adolescentes com ou sem filhos, a pesquisa trouxe os seguintes resultados expostos no quadro 05.

Quadro 05 – Adolescentes com filhos

Filhos	2015	2016	2017	TOTAL
Sim	51	50	36	66%
Não	32	22	16	34%
Total	83	72	52	207
Total/ano%	40%	35%	25%	100%

Fonte: A autora, 2017.

No período da pesquisa (2015 a 2017), 66% das adolescentes tinham filhos enquanto que 34% não. Observando os dados anuais, percebe-se que houve um decréscimo, ou seja, 25% tinham filhos em 2015; 24% em 2016 e 17% em 2017, totalizando 66%.

O quadro 06 retrata a periodicidade nas consultas de pré natal e realização dos do exame nos primeiros três meses de gravidez.

Quadro 6 – Consultas de pré-natal

Pré-natal no 1º trimestre da gravidez	2015	2016	2017	TOTAL
Sim	71	68	37	85%
Não	12	04	15	15%
Total	83	72	52	207
Total/ano%	40%	35%	25%	100%
Número de consultas pré-natal	2015	2016	2017	TOTAL
Uma	20	23	37	39%
Duas	21	26	41	42%
Três	02	08	15	12%
Mais	-	03	11	7%
Total	43	60	104	207
Total/ano%	21%	29%	50%	100%

Fonte: A autora, 2017.

No que se refere ao exame pré-natal no primeiro trimestre gestacional, observou-se nos registros de 2015 a 2017, que a maior parte das adolescentes (85%) realizou essa consulta, enquanto que 15% deixaram de fazê-la. Há que se considerar que em 2016 apenas 2% deixaram de realizar essa consulta, e em 2017 o percentual já atingiu 7% indicando a necessidade de orientação profissional.

O quadro 07 expõe os resultados sobre a presença ou não de doenças e infecções entre as participantes da pesquisa.

Quadro 07 – Doenças ou infecções

Presença de doenças ou infecções	2015	2016	2017	TOTAL
Sim	73	66	47	90%
Não	10	06	05	10%
Total	83	72	52	207
Total/ano%	40%	35%	25%	100%

Fonte: A autora, 2017.

Comparando o período da pesquisa, observa-se a redução dos números tanto para a presença quanto para a ausência de doenças ou infecções. Contudo, um percentual bastante elevado, 90% demonstrou a presença de doenças ou infecções, sendo que a ausência desta é verificável em apenas 10% dos prontuários analisados.

Os dados sobre ITU nas adolescentes participantes da pesquisa estão dispostos nas sequencia. Para dar início chama-se a atenção para o quadro 08:

Quadro 08 – Sintomas de ITU

Sintomas de ITU	2015	2016	2017	TOTAL
Dor/queimação/disúria	26	15	08	24%
Dor no baixo ventre	15	15	07	18%
Aumento do nº de vezes que precisa urinar	14	11	09	16%
Polaciúria (poucas gotas ao urinar)	03	04	06	6%
Sangramento	07	10	10	13%
Dor nas costas associada à febre	05	15	27	23%
Outros	-	-	-	-
Total	70	70	67	207
Total/ano%	34%	34%	32%	100%

Fonte: A autora, 2017.

Observa-se que os percentuais são semelhantes entre os anos de 2015 (34%); 2016 (34%) a 2017(32%) quanto aos sintomas de ITU relatados pelas pacientes. Os percentuais levam a considerar como sintomas mais frequentes a dor/queimação/disúria (24%) e dor nas costas associada à febre (23%); 18% apresentaram dor no baixo ventre; 13%, sangramento e 6% polaciúria.

Os dados sobre a ocorrência e recorrência da ITU são demonstrados no quadro 09.

Quadro 09 – Recorrência de ITU

Apresenta sintomas de ITU pela 1ª vez	2015	2016	2017	TOTAL
Sim	54	44	43	68%
Não	29	28	09	32%
Total	83	72	52	207
Total/ano%	40%	35%	25%	100%

Dois episódios de ITU em seis meses	2015	2016	2017	TOTAL
Sim	12	23	12	23%
Não	71	49	40	77%
Total	83	72	52	207
Total/ano%	40%	35%	25%	100%
Três infecções em um ano	2015	2016	2017	TOTAL
Sim	25	22	41	42%
Não	48	40	31	58%
Total	73	62	72	207
Total/ano%	36%	29%	35%	100%

Fonte: A autora, 2017.

Observa-se, a partir dos resultados, que a presença inicial ou recorrente de ITU se mantém com percentuais semelhantes se comparados anualmente. Nesse contexto, é destacável que 68% apresentaram (de 2015 a 2017) sintomas de ITU pela primeira vez; 23% apresentaram dois episódios de ITU num período de seis meses; e 42% contraíam três infecções no período de um ano.

No quadro 10 apresenta resultados sobre a reação ao tratamento de ITU pelas adolescentes.

Quadro 10 – Informações sobre o tratamento

Adesão ao tratamento	2015	2016	2017	TOTAL
Sim	83	72	52	100%
Não	-	-	-	0%
Total	83	72	52	207
Total/ano%	40%	35%	25%	100%
A paciente respondeu ao tratamento de forma positiva	2015	2016	2017	TOTAL
Sim	61	57	41	77%
Não	22	15	11	23%
Total	83	72	52	207
Total/ano%	40%	35%	25%	100%

Fonte: A autora, 2017.

A adesão ao tratamento pelas adolescentes com ITU foi 100%. Em relação à resposta a partir do tratamento, 77% responderam de forma positiva, enquanto 23% das pacientes não reagiram conforme esperado ao tratamento inicial, sendo necessários novos exames e alterações na medicação para obtenção de resposta positiva.

Os dados sobre as complicações decorrentes devido a ITU, são apresentadas nesse seguimento. Assim chama-se a atenção para o quadro 11.

Quadro 11 – Complicações da ITU

Complicações	2015	2016	2017	TOTAL
Sim	-	-	-	0%
Não	83	72	52	100%

Total	83	72	52	207
Total/ano	40%	35%	25%	100%
Complicações: quadro desenvolvido				
2015	2016	2017	TOTAL	
Sim	-	-	-	0%
Não	83	72	52	100%
Total	83	72	52	207
Total/ano%	40%	35%	25%	100%
Complicações atingiram a gestante				
2015	2016	2017	TOTAL	
Sim	-	-	-	0%
Não	83	72	52	100%
Total	83	72	52	207
Total/ano%	40%	35%	25%	100%
Complicações atingiram o feto				
2015	2016	2017	TOTAL	
Sim	-	-	-	0%
Não	83	72	52	207
Total	83	72	52	207
Total/ano%	40%	35%	25%	100%

Situação de saúde do feto	2015	2016	2017	TOTAL
Normal	83	72	52	100%
Total	83	72	52	207
Total/ano%	40%	35%	25%	100%

Fonte: A autora, 2017.

Em se tratando de complicações oriundas de ITU nas 207 adolescentes grávidas (universo desta pesquisa), observa-se que os resultados foram percentuais zerados (0%). Isso significa que não foram registradas complicações (0%) e por consequência, não houve nenhum desenvolvimento de quadro patológico, as gestantes e os fetos (100%) não foram atingidos pela ITU.

O quadro 12 exibe o período de tempo decorrido entre o início do tratamento e a recuperação culminando com a eliminação da ITU entre as gestantes adolescentes.

Quadro 12 – Tempo de recuperação

Após o início do tratamento qual foi o tempo de recuperação e eliminação da ITU	2015	2016	2017	TOTAL
Um mês	59	55	46	77%
Dois meses	20	15	06	20%
Outro período	04	02	-	3%
Total	83	72	52	207
Total/ano%	40%	35%	25%	100%

Fonte: A autora, 2017.

Os dados da pesquisa apontam que o tempo de recuperação e eliminação da ITU, após o início do tratamento, deu-se, na maioria dos casos (77%) e em todo o período do estudo (2015 – 59%; 2016 – 55%; 2017 – 46%), em um prazo de trinta

dias. Os demais casos apontam a recuperação em dois meses para 20% das participantes da pesquisa e outro período para 3%.

Através do quadro 13, pode ser verificado o resultados da contagem de leucócitos no resultado de exames realizados pelas gestantes.

Quadro 13 – Resultados dos exames

Análise do resultado dos exames de urina Exame de Elementos e Sedimentos Anormais (EAS)	2015	2016	2017	TOTAL
De 11.000 a 14.000 Leucócitos	41	37	23	49%
De 15.000 a 17.000 Leucócitos	32	24	17	35%
De 18.000 a 20.000 Leucócitos	10	11	12	16%
Total	83	72	52	207
Total/ano%	40%	35%	25%	100%
Análise do resultado dos exame de hemograma	2015	2016	2017	TOTAL
De 11.000 a 14.000 Leucócitos	27	29	17	35%
De 15.000 a 17.000 Leucócitos	35	25	26	41%
De 18.000 a 20.000 Leucócitos	21	18	09	24%
Total	83	72	52	207
Total/ano%	40%	35%	25%	100%

Fonte: A autora, 2017.

Os resultados demonstrados apontam números de leucócitos elevados. Em 2015 cerca de 40% das pacientes apresentou de 11.000 a 20.000 células/mm³; em 2016 o percentual ficou em 35% e em 2017, 25%.

É igualmente observável que o maior percentual, 52%, na soma do período (de 2015 a 2017), apresentou contagem de leucócitos menores, ou seja, de 11.000 a 14.000 células/mm³; com um acréscimo, isto é, de 15.000 a 17.000 células/mm³, o índice percentual ficou em 32%; e o menor percentual (16%) foi registrado para pacientes com maior número de leucócitos, de 18.000 a 20.000 células/mm³.

A partir da identificação do perfil das gestantes adolescentes com ITU, as sugestões de ações estratégicas visando orientação para prevenção da referida infecção do trato urinário desse grupo populacional, constam de:

- a) Visitas domiciliares realizadas por profissionais Agentes Comunitários, dedicando atenção na orientação de adolescentes quanto aos riscos de gravidez na adolescência (físico, social e psicológico), entre os quais a ITU;
- b) Palestras em Unidades Básicas da Saúde por diferentes profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros, agentes comunitários, professores e outros

profissionais da área) direcionadas às adolescentes grávidas ressaltando a importância das consultas de pré-natal, exames periódicos conforme solicitação médica, cuidados com a alimentação e higiene da gestante;

c) Orientações básicas a partir de diálogo de aproximação entre a paciente e os profissionais da saúde, sempre que possível, enquanto a gestante aguarda para ser atendida, seja nas UBS ou no hospital;

d) Elaboração e distribuição de folder explicativo destacando os riscos da gravidez na adolescência e medidas de prevenção da ITU. A distribuição deverá ocorrer concomitante às orientações do profissional de saúde, em especial, da equipe de enfermagem, destinando as adolescentes um trabalho humanitário, envolvendo compreensão pela situação vivenciada e demonstrando apoio a partir da qualidade e acesso aos serviços de saúde.

e) Outras ações poderão ser pensadas e colocadas em prática objetivando o bem estar e a preservação da saúde da gestante adolescente e do feto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa permitiu identificar o perfil das gestantes adolescentes com infecção do trato urinário, atendidas no hospital São Vicente de Paula, no município de Bituruna/PR, no período de janeiro de 2015 a junho de 2017.

Nesse sentido, constatou-se que as gestantes adolescentes, participantes da pesquisa, apresentaram como perfil idade entre 12 e 14 anos, com filhos, união estável, sem trabalho assalariado, atuação na área de trabalho informal e, em menor percentual, desempregadas. Poucas eram analfabetas, mas nenhuma possuía ensino superior completo, a maioria com ensino fundamental incompleto.

Foram realizados exames de pré-natal no primeiro trimestre pela maior parte das participantes, cujas consultas posteriores ficaram entre uma e duas até o momento do parto. Do total de pesquisadas, 90% apresentavam sintomas de ITU, coincidindo, de modo geral, com os mesmos descritos pelas literaturas estudadas. Desse percentual, maior parte apresentou ITU recorrente, aderindo ao tratamento com resultados positivos eliminando a infecção. Não foi encontrado nenhum registro de complicações e em todos os casos a saúde do feto continuou normal. A recuperação da paciente ocorreu de acordo com os resultados dos exames e resposta ao

tratamento, isto é, quanto maior o aumento do número de leucócitos e menor resposta ao tratamento, maior o tempo demandado para a recuperação.

Assim, o perfil das gestantes adolescentes analisadas neste estudo contribuiu para reforçar as estatísticas de gravidez nesse período da vida, aumentando o risco social e as possibilidades de surgimento de complicações e agravos à saúde das adolescentes.

Observa-se que esta análise instrumentaliza o conhecimento desse grupo populacional e, a partir das informações que caracterizam os aspectos sociais e biológicos, viabilizam suporte para elaboração de estratégias direcionadas à preservação da saúde por meio da prevenção e redução de danos à saúde biológica e, por extensão, à saúde psicossocial.

Compreende-se que esta pesquisa não pode ser entendida como concluída. Urge a necessidade de outros estudos nessa área para ampliar o conhecimento sobre a temática (gravidez na adolescência), de forma que possam contribuir para propostas e ações educativas direcionadas à promoção da saúde deste grupo.

REFERENCIAS

ALVES, C. A.; BRANDÃO, E. R. Vulnerabilidade no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: intersecção de políticas públicas e atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2009, v. 14, p. 661-670. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a35v14n2>>. Acesso em: 18 fev. 2017.

BRASIL, **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção e Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, nº 8.069/90.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Eplanada dos Ministérios, 1990.

CARNIEL, E. D. F.; ZANOLLI, M. D. L. Característica das mães e de seus recém-nascidos e fatores de risco para gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. **Revista Brasileira Materno Infantil**, Recife, out./dez., 2006, v. 6, n. 4, p. 419-426. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n4/09.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2017.

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

FARIA, D. G. S. D. **Perfil de mães adolescentes de São José de Rio Preto e cuidados de assistência pré-natal.** São José do Rio Preto, 2006.

GUIDONI, E. B. M.; TOPOROVSKI, J. Infecção urinária na adolescência. **Jornal de Pediatria.** 2001, v. 7, n. 2, p. 165-9. Disponível em:
<<http://www.jped.com.br/conteudo/01-77-S165/port.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

MOREIRA, T. M. M.; VIANA, D. S. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista Escola de Enfermagem da USP,** 2008, v. 42, n. 2, p. 312-20. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a14.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2017.

NASCIMENTO, W. L. S.; OLIVEIRA, F. M.; ARAÚJO, G. L. S. Infecção do trato urinário em gestantes usuárias do sistema único de saúde. **Ensaio e ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde,** nov./dez. 2012, v. 16, n. 4, p. 111-123. Disponível em: <<file:///D:/Bibliotecas/Downloads/2775-10630-1-PB.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2017.

RIOS, L. F.; PAIVA, V. Os cuidados com a “carne” na socialização sexual dos jovens. **Psicologia em estudos Maringá (PR),** out/dez. 2008, v.13, n. 4. p.673-682. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n4/v13n4a05>>. Acesso em: 03 fev. 2017.

SACOMANI, C. A. R. et al. **Infecção urinária de repetição.** 2012. Disponível em: <http://www.sabinonline.com.br/GERENCIADOR/ba/arquivos/diretriz_brasileira_de_infeccao_urinaria_de_repeticao_soc_bras_de_urologia.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2017.

SANTOS, J. O. et al. Perfil das adolescentes com reincidência de gravidez assistidas no setor público de Indaiatuba (SP). **Rev Inst Ciênc Saúde,** ago., 2010, v. 27, n. 2, p.115-21. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/revcienciaude/v27n2/pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

SILVA, D. S. **Educação em Saúde:** Políticas públicas de Saúde e educação como construção social. São Paulo, 2007.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem Obstétrica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NA ENFERMAGEM – UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ana Paula Hupaló Sosa¹
Ivonilce Venturi²
Karina Sobota³

RESUMO: Este estudo busca demonstrar que o Planejamento Estratégico é uma ferramenta essencial dentro do setor de enfermagem de uma organização de saúde, que está relacionado ao processo de desenvolver e construir estratégia e administrar esse setor de acordo com as decisões e os objetivos estabelecidos a médio e a longo prazos. O estudo se justifica em demonstrar a importância do planejamento estratégico em enfermagem dentro das organizações de saúde. O planejamento estratégico é conceituado como um processo gerencial que possibilita ao executivo estabelecer o rumo a ser seguido pela organização, com vistas a obter um nível de otimização na relação da empresa com o seu ambiente. O planejamento estratégico envolve uma análise do passado, do presente e uma projeção do futuro nas instituições de saúde que se utilizam do planejamento estratégico dentro da área de enfermagem.

Palavras-chave: Planejamento Estratégico. Enfermagem. Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A gestão da saúde no Brasil vem passando por diversas transformações no decorrer dos últimos anos, entre elas a descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde, principalmente após a criação das Leis nº. 8.080/90 e 8.142/90 e a Ementa Constitucional nº. 29/90. Nesse sentido, o Planejamento Estratégico é uma ferramenta essencial dentro do setor de enfermagem de uma organização de saúde, estando relacionado ao processo de desenvolver e construir estratégia e administrar esse setor de acordo com as decisões e os objetivos estabelecidos a médio e a longo prazos. As organizações que adotam o planejamento estratégico preocupando-se com o futuro buscam claramente definir onde querem estar em um certo período de tempo (BERTAGLIA, 2003).

Nesse sentido, este estudo se justifica em demonstrar a importância do planejamento estratégico em enfermagem dentro das organizações de saúde. O planejamento estratégico é conceituado como um processo gerencial que possibilita

¹ Graduada em Enfermagem. Especialização em UTI. Mestrado em Desenvolvimento Regional. Professora nas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – Uniguaçu.

² Graduada em Nutrição. Mestre em Ciência da Nutrição. Doutora em Ciências Farmacêuticas. Docente nas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

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

ao executivo estabelecer o rumo a ser seguido pela organização, com vistas a obter um nível de otimização na relação da empresa com o seu ambiente. O planejamento estratégico é de responsabilidade dos níveis mais altos da empresa e preocupa-se com a formulação dos objetivos a serem seguidos. Essa ferramenta avalia todo o potencial da empresa e associa claramente seus objetivos às iniciativas e aos recursos necessários para atingir a meta. Pois o planejamento estratégico é o processo de elaborar a estratégia.

O objetivo geral do estudo é apresentar algumas características do planejamento estratégico em enfermagem dentro das instituições de saúde. Já como objetivos específicos têm-se as seguintes propostas: demonstrar alguns aspectos do planejamento diante da literatura voltada a administração; retratar a importância do planejamento estratégico em enfermagem em instituições de saúde.

Importante ressaltar que se as organizações pretendem gerenciar o futuro, e compreender o passado, através do conhecimento dos padrões anteriores, é que serão capazes de conhecer suas capacidades e seus potenciais. Então o processo de planejamento estratégico envolve uma análise do passado, do presente e uma projeção do futuro nas instituições de saúde que se utilizam do planejamento estratégico dentro da área de enfermagem.

2 PLANEJAMENTO CARACTERÍSTICAS CONCEITUAIS

Na enfermagem, e mais especificadamente na “administração da assistência de enfermagem”, a experiência mostra que um planejamento bem feito resulta uma série de vantagens que recompensam o tempo e energia nele despendidos. Os resultados desse esforço talvez não sejam percebidos sempre de forma imediata, mas a prática tem comprovado que são de longo e largo alcance. Torna-se evidente que nenhuma atuação do enfermeiro pode ter condições de eficiência e eficácia, se dirigida pela improvisação e pela falta de sistematização.

A administração da assistência de enfermagem tem como centro de sua atenção o paciente/cliente/usuário, e orientada para a assistência que envolve o planejamento, a direção, a supervisão e a avaliação das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem, visando o atendimento das necessidades dessa clientela. O

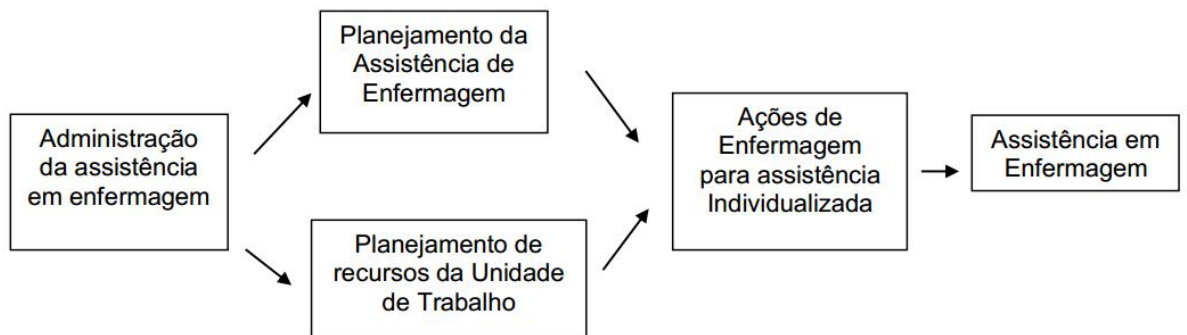
ato de planejar diferencia o ser humano dos outros animais, as pessoas “trabalham tanto quanto uma abelha ou uma aranha, o que nos torna diferentes é que, elaboramos na mente a imagem daquilo que desejamos alcançar antes de construir” (GRECO, 2010).

Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de sua colméia. Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador e, portanto idealmente (MARX, 1983, p. 45).

A administração em enfermagem tem como apoio constante, o planejamento, sendo este o ponto de partida em qualquer nível de organização em que venha a se desenvolver. O assistir depende basicamente do planejar, envolve todos os atos do enfermeiro, de forma direta e indireta para que o cuidar seja concretizado, na produção de ações individualizadas que atendam as necessidades de enfermagem, do paciente/cliente/usuário, de sua família e da comunidade.

A administração da assistência de enfermagem engloba o planejamento da assistência (sistematização da assistência) e o planejamento das condições que viabilizem a implementação deste assistir (plano de trabalho do enfermeiro – planejamento gerencial em enfermagem).

Figura 1 – Administração em enfermagem.



Fonte: CHIAVENATO, (2004).

Para Chiavenato (2004), o planejamento é a função administrativa que determina antecipadamente quais os objetivos a serem atingidos e que se deve ser

feito para atingi-los. É um modelo teórico para a ação futura. O planejamento é o contrário de improvisação, ou seja, uma ação planejada não é uma ação improvisada, se bem elaborado ele é a chave de uma administração eficiente e eficaz. Planejar é uma exigência do ser humano: é um ato de pensar sobre um possível e viável fazer. Planejar, portanto, é pensar sobre aquilo que existe sobre o que se quer alcançar, com que meio se pretende agir e como avaliar o que se pretende atingir.

Planejamento é um processo contínuo envolvendo noções de percepção, análise, pensamento conceitual, comunicação e ação. Verifica-se ainda, que o planejamento é um instrumento do processo de trabalho gerencial e pode ser definido como a arte de fazer escolhas e de elaborar planos para favorecer um processo de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar a interação com a realidade, programar as estratégias e as ações necessárias, para alcançar os objetivos e metas desejadas e preestabelecidas (TANCREDI, 1998).

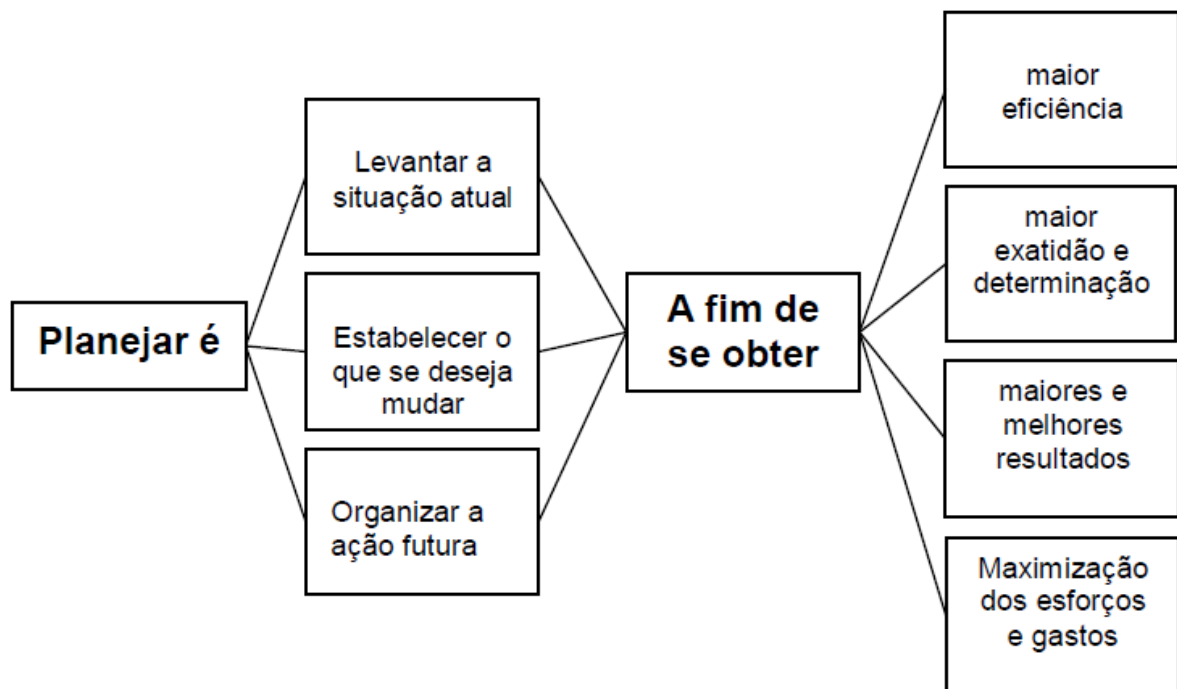
Na Enfermagem, os enfermeiros para realizarem a assistência, a gerência, a investigação e o ensino, necessitam lançar mão da função de planejamento, sendo este o ponto de partida para o desenvolvimento de suas ações. Ao utilizar os conhecimentos administrativos na sua prática, o enfermeiro realiza a gerência da unidade e a gerência do cuidado, que envolvem o planejamento da assistência, o provimento de recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, bem como a tomada de decisão, a supervisão e a liderança da equipe de enfermagem. Para alcançar com sucesso o desenvolvimento dessas atividades, o enfermeiro deve conhecer a realidade na qual irá atuar formular ações concretas para modificar ou manter a realidade encontrada, executar as ações propostas, avaliar e reajustar suas ações caso necessário, ou seja, ele deve planejar (PAIM, 1986).

Devemos planejar sempre. Não planejamos apenas diante de situações que não são desejáveis (problemas), mas principalmente diante de situação que são desejáveis, com o intuito de mantê-las. O planejamento oferece meios para compreensão, antecipação, cooperação e exploração para as mudanças. Oferece suporte para a tomada de decisão ou implementação de qualquer programa ou proposta a ser viabilizada. Planejar é decidir e decidir significa ir além do momento da escolha, da decisão em si (GRECO, 2010, p. 45).

Decidir significa necessariamente escolher entre uma ou mais alternativas ou opções com vistas a alcançar um resultado desejado. Portanto para o processo de tomada de decisão, o enfermeiro precisa planejar para decidir. É através do planejamento que se pode fazer a análise das cadeias de causa e efeito que se desenvolvem no processo de decisão. O planejamento envolve, então, raciocínio, reflexão e análise sobre a maneira de realizar determinadas atividades e ações, bem com sua abrangência.

O planejamento é baseado em planos, que são esquemas que estabelecem antecipadamente aquilo que deve ser feito, buscando as melhores estratégias de ação para o alcance do proposto. Adaptado de Chiavenato (2004), temos que:

Figura 2 – Características do planejar.



Fonte: CHIAVENATO, (2004).

Planejar é pensar analítica e objetivamente sobre a realidade e sobre sua transformação. Planejamento é o oposto da improvisação. Deve-se vislumbrar uma interação dinâmica entre as operações de identificar, analisar, prever e decidir, de modo que uma operação implica e condiciona a outra.

2.1 PRINCÍPIOS DO PLANEJAMENTO

Como primeira função administrativa, o planejamento assume uma situação de maior importância no processo de trabalho, determinando o que, como e quando vai ser feito. O planejamento deve procurar maximizar os resultados e minimizar as deficiências, buscando maior eficiência, eficácia e efetividade.

Para Chiavenato (2004), princípio é uma afirmação, uma proposição geral válida e aplicável para determinados fenômenos, é uma previsão antecipada do que deverá ser feito quando ocorrer àquela determinada situação, é um guia de ação. Os princípios são a base sob a qual se sustentam às teorias, não devem ser abordados de forma rígida, mas sim considerados relativamente e flexivelmente, tendo como alicerce o bom senso.

O planejamento deve seguir alguns princípios básicos, como:

- Definição do Objetivo: o objetivo deve ser definido de forma clara, com precisão, para favorecer a implementação do próprio plano. Se o objetivo não for definido com atenção e de forma cuidadosa, o planejamento será vago e dispersivo e perderá sua finalidade de direcionamento das ações.

- Flexibilidade: o planejamento deve ser flexível a fim de poder se adaptar a situações imprevistas.

- Participação: o principal benefício do planejamento é o processo nele envolvido. O processo de elaboração do planejamento deve envolver todos e ser realizado pelas áreas pertinentes ao processo.

- Coordenação: todos os aspectos envolvidos devem ser projetados para um a atuação interdependente.

- Integração: todos os planejamentos dentro de uma mesma organização devem ser elaborados e implementados de forma integrada.

- Permanência: nenhum plano mantém seu valor com o tempo, daí ser preciso a manutenção de sua característica de permanência, sendo regularmente avaliado, atualizado e replanejado sempre que necessário.

Portanto, o planejamento pode e deve ser aplicado em qualquer tipo de atividade ou modalidade de ação do enfermeiro, e deve ser: permanente e contínuo;

sempre voltado para o futuro; preocupa-se com a racionalidade da tomada de decisões; seleciona entre várias alternativas um determinado curso de ação; sistêmico (globalidade, totalidade); interativo (flexível, feito em função de alterações e modificações); técnica de alocação de recursos; técnica para implantação de mudanças e inovações (CHIAVENATO, 2004).

2.2 CARACTERÍSTICAS DO PLANEJAMENTO

Para um planejamento alcançar seus objetivos, ele deve apresentar as seguintes características, de acordo com Ciampone (2005), deve-se ter objetivos claros, ser simples, sem ambiguidade de interpretação, ter estabilidade e ao mesmo tempo ser flexível, com capacidade de se adaptar a situações prioritárias, de emergência ou mudanças; ser econômico e realista, em relação aos recursos necessários, otimizando ao máximo os recursos existentes; possibilitar a análise das atividades em cada uma das fases, tanto durante sua execução como no final; estar voltado para o futuro; ser suficientemente importante, racional e justificável em relação aos objetivos organizacionais e individuais; reconhecer o ambiente organizacional, do ponto de vista sócio-econômico e cultural.

2.3 FASES DO PLANEJAMENTO

O planejamento é um processo cíclico e contínuo e segue as seguintes fases ou passos. Nesse sentido, as fases do planejamento se baseiam, nos seguintes aspectos:

- Conhecimento do sistema, da realidade como um todo (diagnóstico): relação constante do cliente e equipe com o ambiente interno e externo, onde se destaca: recursos materiais e equipamentos, recursos humanos e financeiros, produtos, recursos ambientais, normas, rotinas, valores, filosofia e aspirações próprias do ambiente. Toda organização, inclusive as de saúde são compostas por dois sistemas:

a) Técnico: recursos físicos, financeiros e materiais disponíveis para o serviço de saúde, para otimizá-los frente às necessidades da comunidade (responsável pela eficiência potencial da organização);

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

b) Social: necessidade de saúde, o perfil de morbimortalidade, os hábitos, crenças e valores da comunidade em que o serviço está inserido; recursos humanos necessários e disponíveis; compreender as dimensões estrutural, particular e singular de cada serviço (transformando a eficiência potencial em real).

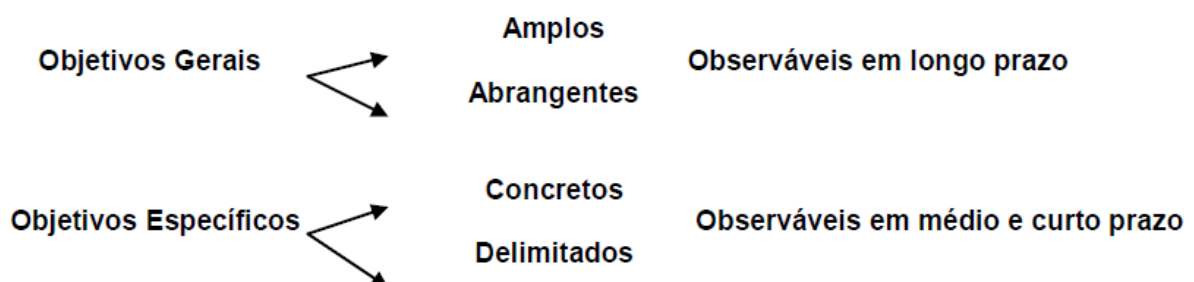
- Determinação de Objetivos: são os resultados finais que se pretendem atingir em um determinado espaço de tempo. Podem ser classificados como: gerais específicos e quanto ao tempo (curto, médio e longo prazo).

- Objetivos em longo prazo: são aqueles cujo período de tempo para o seu alcance esta acima de cinco anos, são em geral os alvos finais, possibilitando uma compreensão clara dos impactos das decisões atuais bem como uma maior consciência das mudanças, possibilitando e contribuindo para a estruturação e organização de esforços para o seu alcance.

- Objetivos em médio prazo: necessitam de um período de tempo para o seu alcance em torno de um a cinco anos, podendo ser alcançados no exercício de uma administração, apresentando como vantagem em relação ao objetivo de longo prazo, as recompensas de uma ação de efeitos mais imediatos;

- Objetivos em curto prazo: dizem respeito a alvos estabelecidos para serem conseguidos em até um ano, podem contribuir para que os objetivos de médio e longo prazo sejam alcançados.

Figura 3 – Objetivos no planejamento.



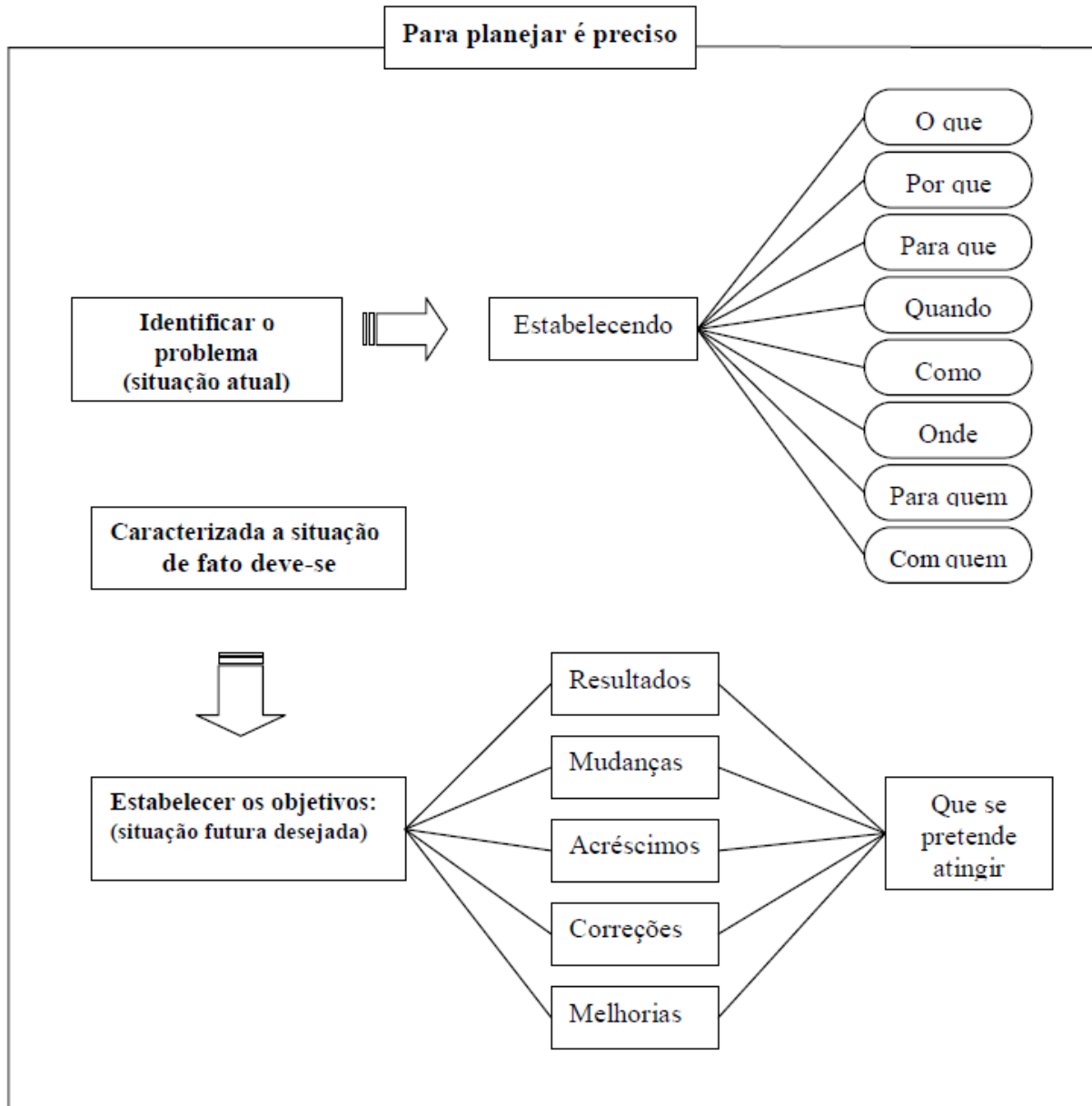
Fonte: CHIAVENATO, (2004).

- Estabelecimento de prioridades: a partir da determinação dos objetivos estabelece as prioridades para alcançar o proposto. Nesta etapa do planejamento, aplica-se diretamente a racionalidade, escolhendo os meios para alcançar os fins.

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

- Seleção de Recursos a serem Utilizados: levantamento de todos os recursos que irão subsidiar as estratégias possíveis para a implementação do planejamento.
- Estabelecimento do Plano Operacional: conforme o grau de abrangência deverá ser escolhido o tipo de planejamento a ser aplicado, sendo o estratégico sempre o mais amplo, seguido do tático e operacional.
- Desenvolvimento: envolve ação, coordenação e a necessária determinação do tempo e espaço. As questões “o que, por que, quem. Como e quando” são traduzidos e colocados em ação. A coordenação é essencial para definir as responsabilidades de todas as partes envolvidas visando o alcance dos objetivos.
- Aperfeiçoamento: inclui a avaliação durante todo o desenvolvimento do trabalho e replanejamento das ações desenvolvidas, devendo ser contínuo e permanente, do início ao final do processo, paralelamente a cada uma das fases/passos, permitindo diagnosticar e implementar outras ações auxiliares.

Figura 4 – Fases/passos do planejamento.



Fonte: CHIAVENATO, (2004).

2.4 TIPOS OU NÍVEIS DE PLANEJAMENTO

Dentre os tipos ou níveis de planejamento, pode-se destacar:

- Estratégico: de maior abrangência, não é detalhado, deve proporcionar flexibilidade para adaptar-se às mudanças e responde à questão: o que deve ser feito. É o processo pelo qual as metas organizacionais básicas e diretrizes são determinadas. É de longo raio de ação e inclui fins e meios, visando a implantação de estratégias que serão executadas e detalhadas a nível tático.

- Tático: de média abrangência, de médio alcance e geralmente de nível técnico. São mais flexíveis que os estratégicos e criados como suporte de um plano estratégico maior. Responde à questão: como deve ser feito. Abrange determinadas áreas de trabalho.

- Operacional: de curto alcance e trata de ações atuais da instituição. Responde à questão: quem vai fazer o que, quando e onde. Abrange de forma específica determinada unidade, prescreve a sequência cronológica das atividades específicas para realização de determinado trabalho.

- Dentre os instrumentos que são utilizados para auxiliar na sistematização das ações traçadas em um planejamento, citamos o cronograma, gráfico de Gantt, PERT (*Program Evolution Review Technique*) e o COM (*Critical Path Method*). Destes se destaca o cronograma:

- Cronograma: é constituído de um gráfico de dupla entrada: nas linhas horizontais são alinhadas as atividades planejadas, enquanto nas colunas verticais são marcados os períodos de tempo considerados como padrão. Sua função é relacionar as duas variáveis as atividades em função do tempo, mostrando o início e o término de cada atividade através de linhas de linhas. Pode ser utilizado para o planejamento e controle do tempo, permitindo que cada atividade seja correlacionada, com tempo disponível, de forma simples e organizada.

- Gráfico de Gantt: Henry Laurence Gantt era um engenheiro mecânico que trabalhava como consultor para a indústria. No início do século XX ele desenvolveu gráficos com barras horizontais que permitiam monitorar o andamento de um projeto. Hoje gráficos Gantt são usados em projetos de desenvolvimento de software para monitorar o tempo de duração das atividades. É um gráfico semelhante ao cronograma, a diferença é que nas colunas relativas ao tempo; é mais detalhado, como por exemplo cada mês é dividido em subcolunas que representam às semanas. Veja dois modelos abaixo:

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

As funções gerenciais apontadas como responsabilidade do enfermeiro, permitem vislumbrar caminhos para compreender com maior clareza que gerenciar é uma ferramenta do processo de trabalho cuidar ao exemplificar como o enfermeiro pode fazer uso dos objetos de trabalho organização e recursos humanos no processo gerencial que por sua vez. Insere-se no processo de trabalho cuidar que possui como finalidade geral a atenção à saúde evidenciada na forma de assistência (promoção, prevenção, proteção e reabilitação).

Desse modo, os objetos de trabalho do enfermeiro no processo de trabalho gerencial são a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem. Os meios/instrumentos são: recursos físicos, financeiros, materiais e os saberes administrativos que utilizam ferramentas específicas para serem operacionalizados. Esses instrumentos/ferramentas específicas compreendem o planejamento, a coordenação, a direção e o controle.

Para o desenvolvimento da competência administração e gerenciamento são considerados indispensáveis o conjunto de conhecimentos identificados para planejar, tomar decisões, interagir, gestão de pessoal. Assim nas instituições de saúde, destacam-se o planejamento, organização, coordenação, direção e controle dos serviços de saúde, além dos conhecimentos específicos da área social/econômica que permitem ao gerente acionar dados e informações do contexto macro e micro-organizacional, e analisá-los de modo a subsidiar a gestão de recursos humanos, recursos materiais, físicos e financeiros.

Outro aspecto muito importante a se considerar é que um planejamento estratégico frequentemente propõe mudanças, e seu sucesso depende do reconhecimento de que essas mudanças são necessárias, entretanto mudar não é fácil, e muitas vezes geram ansiedade e resistência, afetando o relacionamento entre os grupos e os líderes destes grupos ligados a enfermagem e alta administração das instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

BERTAGLIA, P. R. **Logística e gerenciamento da cadeia de abastecimento.** São Paulo: Saraiva, 2003.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração.** 7 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

CIAMPONE, M. H. T. **Metodologia do planejamento na enfermagem.** São Paulo: EPU, 1991.

GRECO, R. M. **As funções administrativas e o planejamento em enfermagem.** Juiz de Fora: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2010.

MARX, K. **O capital.** São Paulo: Abril Cultural, 1983.

PAIM, R. **Metodologia científica em enfermagem.** Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1986.

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

Gabrielli Yasmin Casa Kuchler
Darciele Mibach¹
João Vitor Passuello Smaniotto²

RESUMO: Vivemos em um mundo de grandes transformações, onde as empresas que viam o funcionário apenas como mão de obra barata, hoje estão se adequando e os colaboradores vem tomando espaço dentro das organizações e auxiliando para alcançarem seus objetivos. Porém, em um âmbito familiar, as empresas ainda se encontram atrasadas em relação as empresas profissionalizadas. Assim, o presente artigo tem como principal objetivo identificar como o processo de gestão de pessoas influencia no desempenho das organizações, tais como o treinamento de gestores auxiliam para uma gestão humanizada e a relevância do estudo em empresas familiares em processo de profissionalização.

PALAVRAS CHAVES: Treinamento; Liderança; Humanização; Gestão de Pessoas.

ABSTRACT: We live in a world of great transformations, where companies that see employees as just cheap labor are now adjusting and employees are taking up space within organizations and helping to achieve their goals. However, in a family context, companies are still behind the professionalized companies. Thus, the main objective of this article is to identify how the process of people management influences the performance of organizations, such as the training of managers to help humanized management and the relevance of the study in family companies in the process of professionalization.

KEYWORDS: Training; Leadership; Humanization; People management.

1 INTRODUÇÃO

No final da década de 1990, no Brasil foram colocadas pela globalização questões como o desemprego, a falta de qualificação de mão de obra e o mercado cada vez mais exigente. Mas por outro lado, as pessoas que estão empregadas veem grande dificuldade em manter seus respectivos empregos pela falta de humanização dentro das empresas, colocando sua saúde mental cada vez mais em risco.

Neste contexto, se percebe que em um âmbito familiar, se torna ainda mais difícil haver uma humanização dentro da empresa, por a mesma possui mais aspectos que bloqueiem essa implantação, como por exemplo, a perda da autonomia dentro deste contexto ambiental.

¹ Psicóloga, Coordenadora do curso de Psicologia das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu-UNIGUAÇU, União da Vitória-Paraná, Brasil.

² Graduado em Direito. Mestre em Direitos Fundamentais e Democracia. Doutor em Ciências Jurídicas e Políticas. Professor nas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

Percebe-se que o assunto humanização é algo muito novo ou até assustador dentro das empresas familiares, pois falar do bem-estar de um funcionário é algo muito complicado para uma organização que buscou muitos anos apenas a produção e a lucratividade. Olhando por um lado, onde é uma empresa familiar em um processo de profissionalização, se percebe da gerência certo medo em abandonar a autonomia que está sob o seu comando/poder. Há diversas hipóteses sobre o porquê existem várias dificuldades de inter-relações dentro das instituições, por isso a dificuldade da humanização nas empresas se dá pela vontade de produzir e lucrar, onde o colaborador precisa apenas oferecer o seu melhor desempenho sem receber outra forma de motivação. No entanto percebe-se que motivar o funcionário pode trazer vários benefícios para a empresa, pois um indivíduo motivado é aquele que se sente parte da instituição e acolhido por ela, existindo uma relação chefe/empregado como uma participação ativa dentro da organização, como se fossem parceiros que buscam o crescimento do empreendimento profissional e pessoal, e não como meros recursos de mão de obra. Este fator irá conseqüentemente contribuir para um aumento de sua performance na execução de suas funções no trabalho, o que aumenta produtividade e conseqüentemente o lucro.

Observa-se que os colaboradores se refletem em seus gestores dentro da organização, buscando se adaptar aquilo que se espera dentro da empresa. Tendo isso em vista, se acredita que trabalhando inicialmente os gestores organizacionais, pode-se ter um proveito maior sobre a humanização ao todo da instituição, buscando uma melhoria comportamental e humana nas referências gestoras da organização.

Segundo ZANELLI (2004), o mundo do trabalho relacionado a psicologia organizacional e do trabalho está ligado aos fatores como: motivação, comprometimento, envolvimento, aprendizagem, socialização, satisfação, treinamento, aconselhamento, estresse e qualidade de vida no trabalho.

Com isso, pretende-se abordar sobre a importância da realização de treinamentos para os gestores e líderes da organização, visando aspectos de gestão de pessoas, liderança, motivação dos funcionários, qualidade de vida e o quanto isso traz de benefícios para a empresa de forma com que a torne humanizada.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura de caráter explicativa e qualitativa. Segundo Fonseca (2002), a pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém, pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta. A pesquisa explicativa preocupa-se em identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos (GIL, 2007). Ou seja, este tipo de pesquisa explica o porquê das coisas através dos resultados oferecidos. Segundo Gil (2007, p. 43), uma pesquisa explicativa pode ser a continuação de outra descritiva, posto que a identificação de fatores que determinam um fenômeno exige que este esteja suficientemente descrito e detalhado. 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.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A origem das empresas no mundo se dá ao final do século XIX, onde Frederick Winslow Taylor verificava um enorme aumento do tamanho das empresas, o início da organização monopolista da indústria e a intencional e sistemática aplicação da ciência a produção. Taylor e com ele o taylorismo surge na cadeia de desenvolvimento desses métodos e organização do trabalho. O que Taylor propõe é uma gerência científica do trabalho, isso significa um “empenho no sentido de aplicar os métodos científicos aos problemas complexos e crescentes do controle do trabalho nas empresas capitalistas em rápida expansão” (BRAVERMAN, 1987, p.82).

Percebe-se que seu interesse não é investigar a qualidade do trabalho em geral, mas a adaptação do trabalho às necessidades do capital. Isso fica claro, pela própria ideia de prosperidade defendida pelo autor: “em uma palavra, o máximo de prosperidade somente pode existir como o máximo de produção” (Taylor, 1987).

Condiciona a ideia de prosperidade à ideia de produção. Vem daí o conceito de cooperação entre classes, ao afirmar que a prosperidade do trabalhador depende da prosperidade da empresa. Assim, evidencia-se que o trabalho é pensado, por Taylor, em todos os sentidos, como um mero instrumento para o crescimento capitalista.

Após essa fase, pode-se falar sobre a Psicologia Organizacional e do Trabalho, onde segundo Sampaio (1995), a Psicologia do Trabalho apresenta respectivamente três faces: a Psicologia Industrial; a Psicologia Organizacional e a Psicologia do Trabalho propriamente dita.

A Psicologia da Indústria se resumia a seleção de funcionários e a colocação profissional, com o passar do tempo foram acolhidas como forma de reduzir os efeitos da organização mecanicistas através da melhora no relacionamento com os empregados. A psicologia industrial e do trabalho foi uma das primeiras áreas onde a psicologia passou a ser aplicada no Brasil e, na década de 80, ainda eram poucos os psicólogos que ocupavam cargos de assessoramento ou de gerência de recursos humanos (GIL, 1985).

Como segunda face da Psicologia do Trabalho, vêm a Psicologia Organizacional que foi surgindo à medida que os psicólogos deixaram de estudar apenas os pontos de trabalho para contribuir também na discussão das estruturas da organização. Dessa forma, houve uma ampliação do objeto de estudo, apesar dos psicólogos continuarem presos ao problema da produtividade das empresas. Como parte da Psicologia Organizacional, existe a ideia de desenvolvimento gerencial (DG), que procura atingir uma flexibilidade nas relações de trabalho com a finalidade de reduzir e evitar conflitos.

A última face da Psicologia do Trabalho, surgiu no início dos anos 70, quando a Administração consolidou uma escola contingencialista onde procuravam estudar os efeitos do ambiente e da tecnologia no contexto da organização do trabalho. A psicologia do Trabalho tem como ponto central o estudo e a compreensão do trabalho humano em todos os seus significados. A grande diferença entre a Psicologia do Trabalho e suas precursoras é que há lugar para ver o homem como sujeito do seu desejo e seus esforços se voltam para a saúde e o bem-estar humano, independente do aumento ou da não lucratividade e produtividade das organizações. Esta face se ocupa, antes de mais nada, da compreensão do trabalho humano.

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

No entanto, com o tempo, a preocupação dominante das organizações tem se centrado na eficácia e eficiência dos trabalhadores, que não condiz com a preocupação dominante desta terceira face da psicologia do trabalho, situando suas investigações dentro do paradigma funcionalista que embasa as teorias dominantes de gestão organizacional (CUNHA et al, 2001).

A humanização vem tomando um destaque cada vez maior dentro das organizações hoje em dia, tornando-o um assunto notável. A realidade das empresas por muito tempo arrancou a autonomia dos seus colaboradores, tirando quem ele realmente é, para quem querem que ele seja, perdendo assim, sua identidade. Segundo Chiavenato (2004), as empresas estão tomando consciência que o funcionário satisfeito e com mais qualidade de vida, são mais produtivos, e se querem manter-se no mercado com diferencial, devem dispor de atenção especial a seus funcionários.

O mesmo autor em (2011, p.102) indica que: "as relações humanas são as ações e as atitudes envolvidas a partir dos contatos entre pessoas e grupos". Para conseguir humanizar a empresa tem que despertar no funcionário que ele é integrante importante da empresa também, fazendo parte da mesma, e sendo cada vez mais motivado para continuar.

Dentro das organizações é de suma importância reconhecer sobre a cultura e o clima organizacional. A cultura organizacional pode ser considerada como o modelo de pressupostos básicos utilizado no processo de aprendizagem para lidar com problemas de adaptação externa e integração interna. Quando estes pressupostos funcionam bem o suficiente, são ensinados aos demais membros da organização como a maneira certa de perceber, pensar e sentir em relação aos problemas (FREITAS,1991).

De acordo com Chiavenato (2009, p. 60), o clima organizacional refere-se “ao ambiente interno que existe entre os membros da organização e está relacionado com o grau de motivação de seus participantes”. Quando há uma alta motivação entre os funcionários, o clima motivacional se eleva e se traduz em relações de satisfação, animação, interesse, colaboração, etc. Quando a motivação entre os funcionários está baixa, seja por motivo de frustrações ou de insatisfação das necessidades básicas, o clima organizacional fica desfavorável. Portanto, segundo o mesmo autor (2009, p.61),

o termo ‘clima organizacional’ refere-se especificamente aos “aspectos da organização que levam a diferentes espécies de motivação nos participantes”.

Para o bom desenvolvimento de uma empresa, é necessário que haja uma boa gestão de pessoas, onde Gil (2001), explica a expressão gestão de pessoas como:

“Substituir Administração de Recursos Humanos, que, ainda mais, é a mais comum entre todas as expressões utilizadas nos tempos atuais para designar os modos de lidar com as pessoas nas organizações. Os argumentos em prol dessa mudança de nomenclatura ressaltam que o termo Administração de Recursos Humanos é muito restritivo, pois implica a percepção das pessoas que trabalham numa organização apenas como recursos, ao lado dos recursos materiais e financeiros. Por isso mesmo, alguns autores, adeptos da Gestão de Pessoas, procuram designar as pessoas que trabalham nas organizações não mais como empregados ou funcionários, mas como cooperadores ou parceiros”. (p.17)

As pessoas constituem o principal ativo da organização, com isso vem a necessidade de tornar as organizações mais conscientes e atentas aos seus funcionários. Chiavenato (2008) cita que as organizações bem-sucedidas estão percebendo que apenas podem crescer, prosperar e manter sua continuidade se forem capazes de otimizar o retorno sobre os investimentos de todos os parceiros.

Portanto, o autor cita também alguns meios que a Gestão de Pessoas contribui para a eficácia da organização: Ajudar a organização a alcançar seus objetivos e realizar sua missão e também proporcionar competitividade a organização. No primeiro trata-se da importância com a preocupação de atingir os objetivos e resultados de uma empresa, a Gestão de Pessoas (GP) necessita de um conhecimento sobre o negócio da organização para conseguir auxiliá-los em suas realizações. Já o segundo fala em saber criar e desenvolver as habilidades e competências da força de trabalho, fazendo com que os colaboradores sejam mais produtivos, para beneficiar a organização.

A motivação surge da importância que o colaborador dá a sua devida função, do significado que atribui a suas atividades, e como está levando sua vida profissional e pessoal. As maiores empresas investem muito em benefícios para motivar o funcionário, pois acreditam que desta forma o colaborador acaba produzindo melhores resultados.

Chiavenato (2011, p.112) cita que Kurt Lewin quando realizou suas pesquisas sobre o comportamento social e fez referência a importância do papel da motivação no trabalho. Lewin elaborou a teoria de campo, que têm base em duas suposições

fundamentais, o comportamento humano é derivado da totalidade de fatos coexistentes e, esses fatos coexistentes têm o caráter de um campo dinâmico, no qual cada parte do campo depende de uma inter-relação com as demais outras partes. Segundo essa concepção, o comportamento humano não depende do passado ou do futuro, mas do campo dinâmico atual e presente. Esse campo dinâmico é “o espaço de vida que contém a pessoa e o seu ambiente psicológico”, segundo Chiavenato: “A motivação é a tensão persistente que leva o indivíduo a alguma forma de comportamento visando à satisfação de uma ou mais necessidades. Daí o conceito de ciclo motivacional: o organismo humano permanece em estado de equilíbrio psicológico até que um estímulo o rompa e crie uma necessidade”. (CHIAVENATO, 2011,p.114)

O foco no artigo se dá sobre uma empresa familiar, segundo Lodi (1993, p.38) traz empresa familiar como sendo aquela organização empresarial que tem sua origem e sua história vinculadas a uma mesma família há pelo menos duas gerações, ou aquela que mantém membros da família na administração dos negócios, ou seja, empresa que é controlada e/ou administrada por membros de uma família. Não se incluem nessas aquelas em que a família apenas investe o dinheiro (simples investidor) e aquelas em que o fundador não tem herdeiros. Dentro da empresa familiar possui alguns desafios a serem cumpridos, pois pode ser tanto produtivo, quanto muito conflituoso para todos dentro da organização.

A origem das empresas familiares se dá na indústrias caseiras (ferreiro, carpinteiro, sapateiro), onde são geralmente pequenas e que não são utilizadas como a única fonte de renda para família. Para Grzybovski (1998), quando a empresa oferece apenas uma renda para a família, os colaboradores se dedicam cada vez mais para aquela organização dar certo.

Sobre a administração diz Grzybovski (1998), a administração da empresa do tipo familiar é considerada menos burocrática e impessoal, pois o acesso à cúpula administrativa é mais fácil, o que pode tornar as operações mais flexíveis e as decisões mais rápidas do que nas de capital aberto sob gestão não familiar. (p.42).

De acordo com Barcelos (2007), alguns estudos apontam que uma das principais dificuldades das empresas familiares é exatamente o processo de sucessão de poderes, quando é passado de uma geração para outra, esse processo requer

muito planejamento e deve ser inicializado com bastante antecedência ao dia que de fato a próxima geração irá assumir o controle da empresa.

Assim, a empresa familiar é, em si, uma contradição, onde possui dois sistemas opostos que resulta num conflito. Ao tentar resolver o conflito, é praticamente impossível proteger a empresa, pela carga emotiva trazida pela família. Os líderes preferem ignorar a realidade da situação por meio da negação e da idealização.

Juntamente com a gestão de pessoas, é importante a realização dos treinamentos para essa futura humanização. Necessidades de treinamento podem ser entendidas como lacunas nos repertórios de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHAs) disponíveis para o trabalho individual ou de determinados grupos e equipes profissionais (ABBAD; FREITAS; PILATI, 2006).

Para a definição de treinamento conforme Abbad, Freitas e Pilati (2006), trata-se de um tipo especial de avaliação de desempenho para identificação de desvios ou discrepâncias entre os desempenhos observados e os esperados pela organização. Precisa-se de um bom entendimento das necessidades que a organização necessita, para que os esforços de treinamento não sejam perdidos, resultando num prejuízo para a própria empresa.

McGehee e Thayer (1961) apresentam um modelo proposto que organiza a avaliação de necessidade de treinamento (ANT) em três níveis de análise: organizacional (organization), de tarefas (task) e individual (person). Segundo este modelo, denominado de O-T-P, no nível organizacional deve ser especificado onde, na estrutura organizacional, o treinamento se faz necessário. Na análise de tarefas, determinam-se quais CHAs devem ser desenvolvidos para que se cumpram os padrões de desempenho determinados pelas organizações e respectivas unidades de trabalho. Na análise individual, por fim, identifica-se quem na organização precisa receber treinamento (TAYLOR; O'DRISCOLL; BINNING, 1998).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que as empresas familiares possuem grande dificuldade de se manterem no mercado de trabalho, pelos desafios de ter pessoas da mesma família na gestão da organização, e que em muitas vezes podem até chegar a falência por uma falta de gestão de pessoas e conflito de relações, deixando o pessoal interferir nas escolhas

a serem tomadas. Com isso, percebe a importância de uma gestão de pessoas e treinamento para que a empresa se profissionalize e se torne mais humana.

Fica claro que quando se tem uma boa liderança, os benefícios são muitos, tanto para organização quanto para seus colaboradores, pois visam o crescimento pessoal e organizacional. Dentro de uma nova perspectiva de mercado, é essencial que todos (líder, colaboradores e organização), tenham o mesmo foco em direção a objetivos e resultados legítimos para construção de uma organização saudável.

Contudo, o estudo apresenta a importância da realização de treinamentos para líderes e gestores organizacionais, mostrando que os mesmos são influenciadores dos outros colaboradores na empresa e acredita-se que se formarem uma gestão humanizada, contribuem para essa humanização generalizada da organização.

3 REFERÊNCIAS

ABBAD, G.S., FREITAS, I. e PILATI, R. **Contexto de Trabalho, Desempenho Competente e Necessidades em TD&E**. In: BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; ABBAD, Gardênia da Silva; MOURÃO, Luciana. (Org.). **Treinamento, Desenvolvimento e Educação em Organizações e Trabalho: Fundamentos para a Gestão de Pessoas**. Porto Alegre - RS, v. 1, cap. 12, p. 231-254, 2006.

BARCELOS, R. O RH, **Formação e a Contratação de Sucessores Familiares – Um Estudo em Empresas Brasileiras e Portuguesas**. In. GPR – I Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho, 1., 2007, Natal, RN. Anais...Natal, 2007.

BRAVERMAN, Henry. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Rio de Janeiro: Guanabara.1987.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos Humanos: O Capital Humano nas Organizações**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 3. ed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2008.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos humanos: o capital humano das organizações**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda., 2009.

CHIAVENATO, Idalberto, **Introdução a Teoria geral da administração**. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

CUNHA, M. P; CUNHA J. V & LEAL, I. P. **Gênero e teoria organizacional: A contribuição feminista**. Revista Psicológica, 15, 28-42. 2001.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FREITAS, M. E. **Cultura Organizacional: Grandes Temas em Debate**. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, 74-79. 1991.

GIL, A.C. **O Psicólogo e suas ideologias**. Psicol. Cienc. Prof.,5 (1),12-17. 1985.

GIL, A.C. **Gestão de pessoas: enfoque nos papéis profissionais**. São Paulo: Atlas, 2001.

GOLDENBERG, Mirian. **A Arte de Pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 8. ed. Rio de Janeiro. Record, 2004.

GRZYBOVSKI, Denise; TEDESCO, João Carlos. **Empresa familiar: tendências e racionalidades em conflito**. Passo Fundo: UFP, 2000.

LODI, João Bosco. **A empresa familiar**. 4.ed., São Paulo: Pioneira, 1993.

McGEHEE, W.; THAYER, P.W. **Training in Business and Industry**. Nova York: Wiley, 1961.

SAMPAIO, J. R. **As três faces da Psicologia do Trabalho**. Psique, Belo Horizonte, 5(1), 60-66. 1995.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2007.

TAYLOR, F. W. **Princípios de administração científica**. São Paulo: Atlas. 1987.

TAYLOR, P.; O'DRISCOLL, M.P.; BINNING, J. **A new integrated framework for training needs analysis**. *HumanResource Management Journal*, v. 8, n. 2, p. 29-50, 1998.

ZANELLI, J. C., BASTOS, A. V. B., & BORGES-ANDRADE, J. E. **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed. 2004.

TREINAMENTO DE FLEXIBILIDADE E OS BENEFÍCIOS PARA GOLEIROS DE FUTSAL

Jeferson Luis Scheibe¹
Eliani Aparecida Winhar Krug²
Andrey Portela³

RESUMO: Para um goleiro estar apto a sua atividade, ele precisa estar com todas as capacidades físicas bem preparadas, uma delas é a flexibilidade. Uma das metas da flexibilidade é promover uma melhora na mobilidade do atleta. O objetivo geral deste estudo foi verificar qual a influência do treinamento de flexibilidade para goleiros de futsal, comparando os testes pré e pós período de treinamento da modalidade. E o mesmo teve como objetivos específicos, após dois meses de treinamentos, verificar a flexibilidade dos goleiros, comparar os resultados pré e pós teste e relacionar os dados obtidos no teste com a literatura. Para tal, usou-se como forma metodológica a pesquisa aplicada, quantitativa, exploratória, descritiva, de campo e comparativa. O local de sua aplicação foi o Ginásio de esportes do município de General Carneiro – PR, contando com a amostra de 40 goleiros do sexo masculino em atividade com idade entre 16 á 40 anos. A coleta de dados deu-se individualmente, utilizando como instrumento o teste de flexibilidade Flexiteste que tem por objetivo testar a sequência de 20 movimentos. Os testes foram favoráveis, as maiorias dos goleiros apresentaram melhoras do teste para o reteste, sendo assim o objetivo do estudo alcançado. Pode-se observar que o futsal é uma modalidade de esporte que possibilita para seus goleiros melhoras na flexibilidade dos atletas através somente de seus treinamentos específicos para a posição, por ser uma posição que exige bastante dessa capacidade motora.

PALAVRAS CHAVE: Futsal, capacidades, flexibilidade.

ABSTRACT: For a goalkeeper to be fit for his activity, he must have all the physical abilities well prepared, one of them is flexibility. One of the goals of flexibility is to promote an improvement in athlete mobility. The general objective of this study was to verify the influence of flexibility training for futsal goalkeepers, comparing the tests before and after the training period of the modality. After two months of training, the goal was to check the flexibility of the goalkeepers, compare the pre and post test results and relate the data obtained in the test with the literature. For this, applied, quantitative, exploratory, descriptive, field and comparative research was used as a methodological form. The site of its application was the Gymnasium of sports of the municipality of General Carneiro - PR, counting with the sample of 40 goalkeepers of the masculine sex in activity between the ages of 16 and 40 years. The data collection was given individually, using as an instrument the flexiteste flexibility test that aims to test the sequence of 20 movements. The tests were favorable, most of the goalkeepers presented improvement of the test for the retest, being thus the objective of the study reached. It can be observed that futsal is a form of sport that allows its goalkeepers to improve the flexibility of the athletes through only their specific training for the position, because it is a position that requires a lot of that motor capacity.

KEYWORDS: Futsal, abilities, flexibility.

1 INTRODUÇÃO

¹ Licenciado em Educação Física. Acadêmico do 8º Período do curso de Bacharelado em Educação Física.

² Professora Orientadora. Mestre em Desenvolvimento Regional. Enfermeira e Licenciada em Educação Física.

³ Graduado em Educação Física e Desportos. Mestre em Ciências do Movimento Humano. Doutor em Atividade Física e Saúde. Professor nas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – Uniguaçu.

O futsal é um dos esportes mais praticados no Brasil e que vem ganhando praticantes e reconhecimento no mundo inteiro. O Brasil é o país com mais títulos mundiais e que mais busca evolução dentro do esporte que será foco deste estudo (SERRANO 2008).

Segundo Olegário (2012), o futsal é uma atividade física que desenvolve habilidades motoras gerais como locomoção, coordenação, equilíbrio e flexibilidade, através de movimentos específicos, identificando e valorizando as regras do esporte, assim como promove a socialização dos praticantes e desenvolve o espírito de equipe. Ainda estimula o raciocínio rápido e trabalha a cognição dos atletas.

Sobre a flexibilidade Achour Jr. (2007), utiliza textos de diversos autores para conceituar e definir, como exemplo Heyward (1991 apud Achour Jr., 2007), que diz que a flexibilidade é a capacidade de mover-se com facilidade. Assim, a redução nos índices de flexibilidade tem reflexos diretos na amplitude de movimentos.

No futsal, a flexibilidade é uma das habilidades bastante utilizada, principalmente pelos goleiros, pois, se exige desta, para praticar defesas ou até mesmo realizar a sua saída de bola. A posição do goleiro é única e exige que o atleta seja um especialista, tendo múltiplas funções, para que em situações adversas possa ser chamado sem receio pelos seus companheiros de equipe (MUTTI, 2003).

Entre os fundamentos básicos do treinamento desportivo aplicado ao futsal, à flexibilidade é vista como uma qualidade física de extremo valor para as necessidades esportivas dos atletas, mas que, não raramente, é desprezada a um segundo plano na prática diária desses treinamentos (COUTINHO; DIAS, 2010).

Uma boa flexibilidade favorece ao atleta a execução de movimentos com amplitudes articulares dentro das necessidades específicas de sua modalidade esportiva, diminuindo a suscetibilidade de lesões em músculos e tendões, permitindo assim, a obtenção de arcos articulares mais amplos, possibilitando a execução de movimentos e gestos desportivos que de outra forma seriam limitados (SANTOS 2011).

Baseando-se que a flexibilidade auxilia na melhoria de movimentos aparentemente simples como, correr e frear, movimento de corrida e também ajuda a prevenir lesões sendo de fundamental importância para o treinador trabalha-la de

maneira adequada. Desta forma define-se como pergunta norteadora do estudo: Qual a influência do treinamento de futsal na flexibilidade dos goleiros?

O objetivo geral do artigo foi verificar qual a influência do treinamento de flexibilidade para goleiros de futsal, comparando os testes pré e pós período de treinamento da modalidade.

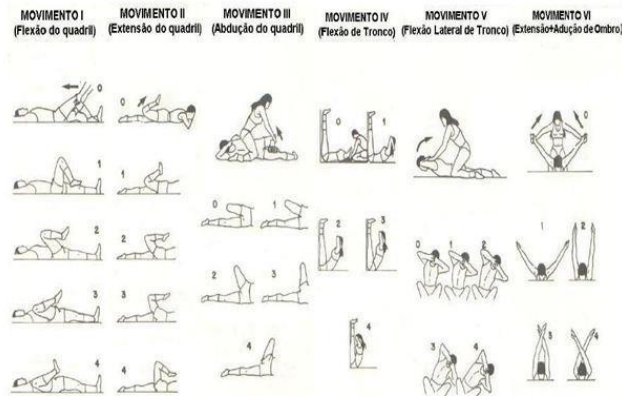
2 MÉTODOS

Usou-se como forma metodológica a pesquisa aplicada, quantitativa, exploratória, descritiva, de campo e comparativa. O local de sua aplicação foi o Ginásio de Esportes do município de General Carneiro – PR, contando com a amostra de 40 goleiros do sexo masculino em atividade com idade entre 16 á 40 anos praticantes de futsal no Município de General Carneiro - PR.

As coleta de dados deu-se individualmente, havendo teste no início do estudo, e após 02 meses de treinamento realizado reteste. Utilizou-se como instrumento o teste de flexibilidade Flexiteste (figura 01) que tem por objetivo testar a sequência de 20 movimentos preditos. Movimentos: flexão dorsal do tornozelo, flexão plantar do tornozelo, flexão de joelho, extensão de joelho, flexão do quadril, extensão de quadril, adução do quadril, abdução do quadril, flexão de tronco, extensão de tronco, flexão lateral do tronco, flexão de punho, extensão de punho, flexão do cotovelo, extensão de cotovelo, adução posterior do ombro, extensão com adução posterior do ombro, extensão posterior do ombro, rotação lateral do ombro, rotação medial do ombro (ARAÚJO, 2004).

Cada posição de alongamento foi registrada através das fotografias (figura 02) e posteriormente foi comparado e classificado pelos parâmetros do teste citado, usando tabelas para as análises.

Figura 01- Flexiteste



Fonte: <http://www.efdeportes.com/efd157/flexibilidade-de-profissionais-de-educacao-fisica.htm>. Acesso em 02/11/2017

Figura 02 – Teste flexão de punho; flexão de quadril e flexão de tronco



Fonte: Autor, 2017

Foram seguidas as orientações éticas para a continuidade do trabalho após a banca de qualificação. Assim será encaminhado ao Núcleo de Ética e Bioética das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU, sendo deferido pelo parecer número 2017/153. Também, aos goleiros, após explicações do objetivo do artigo, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ainda solicitado autorização para a utilização do Ginásio de Esportes do Município de General Carneiro – PR para a aplicabilidade do estudo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 HISTÓRICO DO FUTSAL

Segundo a Confederação Brasileira de Futebol de Salão (CBFS, 2017), existem duas versões sobre a origem da modalidade. Uma das versões é de que como não havia campos ou quadras de futebol, acredita-se que o futsal começou a ser praticado na Associação Cristã de Moços (ACM), em São Paulo (SP) por volta de 1940, em

quadras de basquete e hóquei. No início, não existiam um determinado número de atletas, jogava-se de cinco a sete jogadores em cada time, e com o passar do tempo, logo definiram o número de cinco jogadores, sendo 01 goleiro e 04 jogadores de linha para cada time. As bolas usadas para se jogar eram feitas de serragem, crina vegetal ou de cortiça granulada. Por serem muito leves, as bolas quicavam muito e saíam das quadras, então, se resolveu diminuir o tamanho e aumentar o peso delas para que ela permanecesse dentro de quadra, devida á essas mudanças o futebol de salão passou á ser chamado de “Esporte de Bola Pesada”.

Na segunda versão, a origem do futsal, historicamente teve seu início em 1934, pelo professor Juan Carlos Ceriani na Associação Cristã de Moços, em Montevidéu, Uruguai, com o nome de “Indoor-foot-ball” (FMFS, 2017).

Conforme Bassegio (2011), o futsal é considerado um esporte mundialmente notável. Na atualidade, o esporte é praticado cada vez mais por diferentes faixas etárias, principalmente pelas crianças, assim sendo, a procura tem sido enorme. Em muitos lugares, o futsal não é visto como um esporte de lazer, de diversão, e sim como uma forma de formar atletas, sempre buscando um bom desempenho, um desenvolvimento mais adequado á pratica e a técnica perfeita (OLIVEIRA et al., 2015).

Na literatura da Redação Doutíssima (2015), observa-se que além do momento de lazer proporcionado pelo esporte, somando todos os movimentos e corridas feitos pelos jogadores, o futebol de salão gera benefícios para o corpo, entre eles, o alívio do estresse, ganho de força física, desenvolvimento das panturrilhas, coxas, glúteos, costas e abdômen, resistência cardiovascular e muscular etc. Esses estão entre os atributos do esporte. A prática do futsal também melhora a flexibilidade, coordenação, mobilidade articular, reflexo, agilidade e concentração.

Segundo Olegário (2012) o futsal “desenvolve e melhora o metabolismo, os sistemas cardiovascular, cardíaco e respiratório e traz melhoria à saúde quando aplicado de maneira correta e apropriada a cada faixa etária”, sem contar que o mesmo promove melhoria no equilíbrio, na agilidade e na percepção espacial, já que o tamanho é reduzido quando comparado a um campo de futebol.

Mas é preciso tomar cuidado com lesões principalmente nos membros inferiores, como no joelho e nos tornozelos. Além disso, aquecimento e alongamento são essenciais.

3.2 HISTÓRICO E CONCEITOS DE FLEXIBILIDADE

Os primeiros indícios relacionados com atitudes de flexibilidade foram encontrados por volta do ano de 2500 a. C, nessa época foram encontradas as pinturas funerárias das tumbas de Beni Hassan, no Antigo Egito, onde aparecem alguns desenhos em que se observam exercícios de flexibilidade e, o mais curioso é que nestes desenhos aparecem exercícios realizados individualmente e em duplas RAUPP et al. (2010).

Posteriormente em Bangkok, há mais de 2.000 anos, estatuetas demonstram posturas em que a flexibilidade era desenvolvida. No oriente, existem outras disciplinas também milenares as quais utilizam técnicas de alongamentos similares às da atualidade. No ocidente, durante a época romana, existiam grupos que realizavam práticas de desenvolvimento da flexibilidade. Estes exercícios eram exibidos, na forma de espetáculo, em festas e reuniões daquela época (RIESTRA; FLIX, 2003).

Pode-se definir flexibilidade, segundo Pinto (2008), como a disponibilidade de uma articulação em ser movimentada ao longo de toda a amplitude natural do movimento. É uma característica própria de cada articulação, e depende não só desta como também do seu tecido circundante, nomeadamente ligamentos, músculos e tendões. É parcialmente condicionada pelo componente genético do indivíduo e diminui progressivamente depois de acabar o desenvolvimento musculoesquelético.

A flexibilidade auxilia na melhoria de vários gestos até mesmo nos aparentemente mais simples como, correr e frear, o movimento da corrida e também ajuda a prevenir lesões, pois a prática tem confirmado que atletas com maior mobilidade são os que menos se machucam, enquanto as lesões musculares são mais frequentes em atletas com menos flexibilidade (MENDONÇA, 2005).

A flexibilidade é influenciada pela estrutura óssea da articulação, a quantidade de tecidos da articulação e a capacidade de extensão dos ligamentos, tendões e tecido muscular que passam pela articulação. Destes fatores, a capacidade de extensão dos ligamentos, tendões e tecido muscular que passam pela articulação são os programas mais afetados por um programa de treinamento. Fatores como hábitos

sedentários e a falta de atividade física aumentam a gordura corporal e todos estes fatores juntos têm uma relação direta com a redução da flexibilidade.

3.3 GOLEIRO DE FUTSAL E OS BENEFÍCIOS DA FLEXIBILIDADE

Na prática do futsal os atletas são divididos entre aqueles que atuam na linha e os goleiros, formando assim um diferencial para estabelecimento de uma linguagem específica para o desporto (FERREIRA, 2001).

O autor relata que as técnicas individuais empregadas durante o jogo são divididas em: técnicas individuais de linha, que seria passe, recepção, condução, drible, chute e a marcação, finta, domínio e controle; e de goleiro como a empunhadura, defesa alta, defesa baixa, arremesso e saída de gol, mais as dos outros atletas, uma vez que o goleiro hoje deve também trabalhar com os pés, tornando-se, quando fora da área, mais um jogador de linha.

Segundo Apolo (2004) à preparação física no futsal era considerado um fator de menor importância, porém, com as mudanças nas regras e o aumento na dinâmica do esporte, houve a necessidade de aumentar os níveis de condicionamento físico, e de se colocar nas equipes, a figura do preparador físico.

Em função de todo este processo evolutivo, para o futsal, o condicionamento físico passou a ser um conjunto de atributos que os jogadores precisam alcançar, relacionados à capacidade de desempenhar atividades físicas, técnicas e táticas especiais (HOWLEY; FRANKS, 2000).

Toda equipe começa sempre por um bom goleiro. Segundo Mutti (2003) a posição do goleiro é a mais importante no futsal, pois é a única que exige que o atleta seja realmente um especialista. Com o futsal moderno, é preciso também que o goleiro tenha múltiplas funções, para que em situações adversas ele possa ser chamado sem receio pelos seus companheiros de equipe.

Para o goleiro ter resultados é necessário além de treinar outras valências físicas, o preparador físico deve enfatizar no treino da flexibilidade. Deve-se então buscar a maximização desta valência, tanto na forma estática quanto dinâmica, pois as defesas, como a chamada de "X" e as defesas realizadas em bolas baixas, necessitam de boa amplitude do movimento, que não treinadas, podem contribuir para

ocorrência de estiramento excessivo da musculatura e outras lesões no aparelho locomotor (THIENGO; VITÓRIO; FERREIRA, 2006 apud SOUZA et al, 2010)

De acordo como os mesmos autores, o sucesso das equipes, em grande parte, deve-se a atuação dos goleiros. Se forem bem treinados, visando suas qualidades físicas mais importantes, sem dúvida terão uma grande evolução técnica.

3.4 EDUCAÇÃO FÍSICA

Comportamentos do ser humano, assim como suas habilidades inatas podem e devem ser desenvolvidos através da educação, essencialmente na Educação Física. Segundo Baseggio (2011), as atividades realizadas em aulas, principalmente os jogos desportivos são instrumentos facilitadores do desenvolvimento global do individuo.

A Educação Física favorece com as práticas das atividades físicas ações como melhora dos processos mentais, a integração do indivíduo ao grupo, autoconhecimento, percepção corporal, temporal e espacial, domínio das habilidades e destrezas físicas entre outros.

Dessa maneira entende-se que a Educação Física trabalha os movimentos de modo que ultrapassem o biológico ou o objetivo de desempenho e, dessa forma, devem assumir o papel de formadoras de cidadãos, buscando condutas mais cooperativas e participativas, não apenas os aspectos físicos do individuo.

Os valores alcançados através do jogo esportivo, como a interiorização das regras, a colaboração, a aceitação da autoridade, a disciplina, a iniciativa e a superação de si mesmo, configuram uma constelação de condutas positivas, construtivas e integradoras, que se encontram presentes no sistema de valores que cada um assume para si mesmo e com sua maneira de viver (BASEGGIO, 2011, p.6).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os testes foram realizados com o grupo de goleiros nas idades entre 16 a 40 anos, sendo esses resultados demonstrados sem fazer a estratificação por idade, pois esse não foi o objetivo deste estudo.

Está sendo apresentados os resultados em quadros, com os resultados do teste e do reteste após as sessões dos exercícios de flexibilidade. Para o reteste,

buscou levar em consideração as mesmas condições climáticas e aquecimento dos atletas, para que os resultados sejam o mais fidedigno possível.

Quadro 01 – Teste de articulação de tornozelo

	Flexão dorsal		Flexão plantar	
	Teste	Reteste	Teste	Reteste
Sim	10%	90%	20%	80%
Não	90%	10%	80%	20%

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

De acordo com quadro 01, nota-se que no teste a flexão dorsal do tornozelo foi de melhora de 90% (n=36), e a flexão plantar também foi favorável, nos 80% (n=32).

Entre as articulações do tornozelo, três apresentam papel importante na função biomecânica, que são:

Talo crural: formada pela extremidade inferior da tibia e fíbula com o dorso do tálus; **sub talar:** entre o tálus e o calcâneo; **tíbio fibular:** formada pela extremidade inferior da tibia e da fíbula; **tíbio társica:** tornozelo propriamente dito, que se acopla de maneira exata com o tálus, permitindo o movimento de flexo-extensão neste nível (DANTAS, 2003, p. 125). Grifo nosso.

As articulações do tornozelo atendem exclusivamente as demandas de mobilidade ou de estabilidade. O complexo articular do tornozelo e do pé atende a essas demandas, proporcionando uma base estável de suporte para o corpo, numa variedade de posições de suporte de peso, de forma a não envolver atividade muscular e gasto energéticos indevidos e, ao mesmo tempo, agindo como uma alavanca fixa, para propulsionar efetivamente o corpo durante a marcha.

Entende-se que a articulação do tornozelo é uma das mais importantes para o goleiro e treinar esse local, favorecerá o atleta a menos chances de lesões, pois, quando há limites articulares impedirá que o goleiro execute os movimentos necessários.

Quadro 02 – Teste de articulação de joelho

	Flexão		Extensão	
	Teste	Reteste	Teste	Reteste
Sim	7,5%	92,5%	5%	95%
Não	92,5%	7,5%	95%	5%

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

De acordo com quadro 02, nota-se que no reteste, a flexão e extensão da articulação do joelho obtiveram resultado insatisfatório frente aos resultados do teste. Nesse, foram demonstrando um número elevado favorável, sendo de 92,50 (n=37), para a flexão e 95% (n=38) extensão.

De acordo com Palastanga, et al. (2000) a articulação do joelho satisfaz os requisitos de uma articulação de sustentação de peso, permitindo livre movimento em apenas um plano, combinado com estabilidade em extensão.

Pode-se entender que o joelho é a maior articulação do corpo suportada e mantida totalmente por músculos e ligamentos, sem nenhuma estabilidade óssea exposta a esforços e estresses severos, tornando-a, uma das articulações mais frequentemente lesadas do corpo (LIPPERT, 2003).

Desta forma, pode ser verificado no quadro 02, que no reteste, os resultados apontaram melhora nos movimentos do joelho, quer na flexão, quanto de extensão, retratando que treinamentos para flexibilidade auxiliará o desempenho do atleta.

Quadro 03 – Teste de articulação de quadril

	Flexão		Extensão		Adução		Abdução	
	Teste	Reteste	Teste	Reteste	Teste	Reteste	Teste	Reteste
Sim	15%	85%	7,5%	92,5%	22,5%	77,5%	20%	80%
Não	85%	15%	92,5%	7,5%	77,5%	22,5%	80%	20%

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

De acordo com quadro 03, nota-se que no reteste a flexão, extensão, adução e abdução da articulação do quadril foram desfavoráveis em relação ao teste. Conforme os movimentos, 85% (n=34) dos participantes mostraram melhora em sua flexão; 92,5% (n=37) em sua extensão; na adução 77,5% (n=31) e, na abdução o resultado também foi satisfatório chegando aos 80% (n=32).

A articulação do quadril é uma articulação esferoide formada pelo encaixamento da cabeça do fêmur no acetábulo do osso do quadril. A cabeça do fêmur forma aproximadamente dois terços de uma esfera. O acetábulo é uma estrutura côncava que está angulada obliquamente em uma direção anterior, lateral e inferior (SOBOTTA, 2015).

A cartilagem articular recobre ambas as superfícies articulares, sendo que a cartilagem no acetábulo é mais espessa na sua periferia, onde ela se une a um lábio de fibrocartilagem que contribui para a estabilidade da articulação. O acetábulo também fornece um encaixe mais profundo que a cavidade glenóide (PORTAL EDUCAÇÃO, 2013).

Como pode-se verificar através do resultado do reteste, que o treinamento dessa articulação pode favorecer além da melhoria do desempenho dos atletas, diminuição de patologias futuras. Visto que os goleiros treinamento não diferenciou a idade dos participantes, entende-se que pela melhoria da flexibilidade através do treinamento dessa articulação tende a reduzir lesões e problemas articulares como artroses e artrites.

Quadro 04 – Teste de articulação do Tronco

	Flexão		Extensão		Flexão lateral	
	Teste	Reteste	Teste	Reteste	Teste	Reteste
Sim	2,50%	97,50%	5%	95%	10%	90%
Não	97,50%	2,50%	95%	5%	90%	10%

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

De acordo com quadro 04, nota-se que no reteste a flexão, extensão e flexão lateral da articulação do tronco mostrou um resultado inferior ao reteste. Conforme os movimentos, no reteste, 97,5% (n=39) dos participantes mostraram melhora em sua flexão; 95% (n=38) em sua extensão, já, na flexão lateral a porcentagem de melhora foi de 90% (n=36).

De acordo com Palastanga, et al. (2000) em relação ao segmento do corpo humano chamado tronco, um aspecto que identifica o homem é a presença de um esqueleto ósteo-cartilaginoso no tórax, composto por um sequenciamento de vértebras torácicas e doze costelas de cada lado articuladas dorsalmente com a coluna vertebral (articulações móveis com cápsulas articulares reforçadas externamente por tecido conjuntivo fibroso). Anteriormente a caixa torácica está conectada ao esterno por articulações cartilaginosas. A cintura escapular e a cintura pélvica estão conectadas indiretamente ou diretamente à coluna vertebral

Quadro 05 – Teste de articulação de punho

	Flexão	Extensão

	Teste	Reteste	Teste	Reteste
Sim	17,50%	82,50%	32,50%	67,50%
Não	82,50%	17,50%	67,50%	32,50%

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

De acordo com quadro 05, percebe-se que no reteste, para a articulação de punho, os resultados obtidos foram novamente desfavoráveis. Conforme os movimentos, a flexão de punho, no reteste, teve uma melhora significativa de 82,5% (n=33) e na sua extensão 67,5% (n=27).

Conforme Souza (2013), articulação do punho é formada pelas articulações distal e rádio cárpica. A articulação rádio-ulnar distal é uma junta trocoide formada entre a cabeça da ulna e a incisura ulnar da extremidade inferior do rádio. É unida pela cápsula articular e pelo disco articular. Cápsula articular, é constituída de feixes de fibras inseridas nas margens da incisura ulnar e na cabeça da ulna. Apresenta dois espessamentos denominados ligamento radioulnar ventral e radioulnar dorsal. O disco articular tem forma triangular e está colocado transversalmente sob a cabeça da ulna, unindo firmemente as extremidades inferiores da ulna e do rádio.

Então, o treinamento desta articular vem a favorecer redução de patologias associadas a perda de capacidade funcional, incluindo perda de força, além de favorecer movimentos de defesas durante o jogo.

Quadro 06 – Teste de articulação de cotovelo

	Flexão dorsal		Flexão plantar	
	Teste	Reteste	Teste	Reteste
Sim	7,50%	92,50%	15%	85%
Não	92,50%	7,50%	85%	15%

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

De acordo com quadro 04, nota-se que no reteste a flexão dorsal e flexão plantar da articulação do cotovelo mostraram um resultado inferior em relação do reteste. Conforme os movimentos, a flexão dorsal de cotovelo teve uma melhora significativa no reteste de 92,5% (n=37) e na sua flexão plantar 85% (n=34).

O úmero é o maior e mais longo osso do membro superior, articulando-se com a escápula na articulação do ombro e com o rádio e a ulna na articulação do cotovelo.

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

Apresenta duas epífises e uma diáfise. O cotovelo é uma articulação que parece uma simples dobradiça, mas quando a complexidade dos movimentos e interação do cotovelo com o antebraço e punho é entendida, fica fácil ver como as patologias do cotovelo podem trazer grande desconforto (ROSA, 2017).

Como a literatura coloca, o mau funcionamento da articulação do cotovelo proporciona desconforto para quem desenvolve problemas de funcionalidades desta. Com isso, retrata-se que o treinamento de flexibilidade desta segmento, favorece além, de melhor desempenho durante os jogos, diminuição de chances de desenvolver problemas articulares.

Quadro 07 – Teste de articulação de ombro

Adução posterior		Extensão com adução superior		Extensão posterior		Rotação lateral		Rotação medial	
Teste	Reteste	Teste	Reteste	Teste	Reteste	Teste	Reteste	Teste	Reteste
17,50%	82,50%	22,50%	77,50%	20%	80%	2,50%	97,50%	5%	95%
82,50%	17,50%	77,50%	22,50%	80%	20%	97,50%	2,50%	95%	5%

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

De acordo com quadro 07, nota-se que no reteste para a articulação de ombro o qual era o mais extenso o resultado também foi desfavorável. Após os movimentos, a adução posterior apresentou uma melhora de 82,5% (n=33), na extensão com adução superior 77,5% (n=31), extensão posterior 80% (n=32), a rotação lateral apresentou uma melhora elevada de 97,5% (n=39) com apenas 1 de seus participantes não apresentando melhora, e a rotação medial chegou aos 95% (n=38).

Segundo o Portal Educação (2013), a principal articulação do ombro funciona como fulcro dos movimentos do membro superior. Tem amplos graus de liberdade de movimento e é instável, do ponto de vista mecânico. A sua estabilidade é mantida por um sistema passivo, composto pelo complexo capsular, ligamentar glenoumeral e um sistema ativo, representado pelos músculos e tendões do manguito dos rotadores.

Desta forma o treinamento dos músculos que fazem parte da articulação do ombro: deltoide e músculos que formam o manguito rotador, supra espinhoso, sub escapular, redondo menor e infra espinhoso, servem de base para determinados movimentos, diminuindo consideravelmente os riscos de lesões. O treinamento dos músculos do cotovelo, além da estabilização, também, possui forte fator de força

mobilidade articular. O manguito rotador auxilia na potencialização da rotação, tanto externa quanto interna dos braços e ainda auxilia na estabilização e elevação da articulação glenoumeral (GUIMARÃES, 2011).

Com isso e a melhora dos resultados no reteste, reforça-se que o treinamento contribui para que o atleta além de melhorar seu desempenho, reduzirá as chances de problemas articulares. Confirma-se com os retestes realizados que a maioria dos goleiros melhorou a sua flexibilidade de maneira geral através de seu treinamento de futsal.

A flexibilidade é uma qualidade motora indispensável em todos os esportes. Os profissionais da área da saúde trabalham para desenvolver como um todo, os principais fundamentos nos atletas, levando em conta uma boa elasticidade muscular, que proporcionarão a melhora desses fundamentos em específico (COUTINHO, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo pode-se observar que o futsal é uma modalidade esportiva que possibilita melhora da flexibilidade dos atletas, destacando os goleiros, através de seus treinamentos específicos para a posição, por ser uma posição que exige bastante dessa capacidade motora.

Pode-se verificar com os resultados da pesquisa, melhora da flexibilidade em todas as articulações em comparação com os retestes. Ressalta-se novamente, que essa melhora reduz chances de lesões, quer durante o jogo, quer durante o processo do envelhecer do atleta, conforme os ditos literários.

Mesmo não tido realizado o treinamento por faixa etária dos participantes, entendeu-se que pode-se oferecer melhora no desempenho do atleta em qualquer faixa etária.

Considerando-se que cada vez mais cresce o número de praticantes de futsal salienta-se a importância das contribuições que este estudo sobre o perfil e maximização da flexibilidade nos praticantes de futsal, isso auxilia no desempenho do

atleta e com isso, deve-se o treinador preparado para tal função, utilizar de metodologias para beneficiar os movimentos articulares de seus atletas, visando melhorar rendimento e minimizar lesões.

Assim, entende-se que o objetivo geral do estudo foi atingido, pois conseguiu resgatar a importância da flexibilidade no meio desportivo, beneficiando a desempenho esportivo e a qualidade de movimento do atleta, demonstrado no teste e reteste.

Então, se vê que a elaboração do trabalho deixou contribuições através resultados encontrados, e demonstra que o profissional de educação física, atuando no treinamento desportivo, tem papel fundamental para o melhor rendimento do atleta, pois através da prescrição de exercícios que garantam a segurança e eficiência de todas as solicitações motoras necessárias para a realização dos movimentos de cada modalidade.

Então, sugere-se que novos estudos sejam desenvolvidos pelos bacharéis em educação física, pois sua atuação no mercado é fundamental e os resultados demonstrados nesse estudo, podem ser aprimorados, e, realizados outros testes e usar essas informações para reforçar a importância de se ter profissionais qualificados para treinamentos desportivos, assim, sugere-se continuidade nesse estudo.

REFERÊNCIAS

ACHAOUR, J. A. **Alongamento, flexibilidade: definições e contraposições.** Revista Brasileira de atividade Física & saúde, v. 12, n.1,2007. Disponível em: http://www.flexibilidade.com.br/artigos_ver. Acesso em 20 out. 2017.

APOLO, A. **Futsal: Metodologia e Didática na Aprendizagem.** Liberdade, SP: Editora Phorte, 2004.

ARAÚJO, C.G. et al. **Normatização dos equipamentos e técnicas da reabilitação cardiovascular supervisionada.** Arq Bras Cardiol. 2004.

BASSEGIO, T. S. **Oficina Sócio educativos de futsal como ações complementares no processo educacional.** Ebookbrowse, 2011.

CBFS. www.cbfs.com.br. Acesso dia 27 out. 2017.

COUTINHO, A. P. P. **Análise comparativa da flexibilidade atletas de futsal e não atletas.** Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd166/flexibilidade-atletas-de-futsal-e-nao-atletas.htm>. Acesso em 02 out. 2017.

DANTAS, E. H. M. **Flexibilidade, Alongamento e Flexionamento**. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

FERREIRA, R. L. **Futsal e a Iniciação**. (5ª Ed.). Rio de Janeiro, RJ. Editora Sprint, 2001.

HOWLEY, E. ; FRANKS, B. D. **Manual do Instrutor de Condicionamento Físico para Saúde**. (3ª Ed.) Porto Alegre, RS.: Editora Artmed, 2000.

LIPPERT, L. **Cinesiologia Clínica para Fisioterapeutas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MENDONÇA, Meg - RP2: **Método de Alongamento** – São Paulo: Phorte, 2005.

MUTTI, D. **Futsal: da iniciação ao alto nível**. (2º Ed.) São Paulo, SP. Editora Phorte, 2003.

OLEGÁRIO, A. C. **Benefícios do Futsal**. Disponível em: <http://www.fundacaootacilogama.org.br/?p=961>. Acesso em: 11 abr. 2017.

OLIVEIRA, P. H. B. et al. **A Importância do Futsal para o Desenvolvimento Motor das Crianças**. Setembro de 2015. Disponível em: <http://openrit.grupotiradentes.com:8080/xmlui/handle/set/785>. Acesso em 02 mai. 2017.

PALASTANGA, N. et al. **Anatomia e Movimento Humano: estrutura e função**. São Paulo: Manole, 2000.

PINTO, M. Disponível em: <http://marcaodick.blogspot.com/2008/05/o-que-flexibilidade.html>. Acesso em: 06 abr. 2017.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Articulações do quadril e pelve**. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/idiomas/articulacoes-do-quadril-e-pelve/43018>. Acesso em 28 out. 2017.

RAUPP, et al. Níveis de flexibilidade em atletas de futsal de alto rendimento. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd150/flexibilidade-em-atletas-de-futsal-de-alto-rendimento.htm>. Acesso em: 13 abr. 2017.

REDAÇÃO Doutíssima. **Veja como a prática do futebol de salão ajuda a manter a forma**. Disponível em: <https://fortissima.com.br/2015/03/29/veja-como-pratica-futebol-de-salao-ajuda-manter-forma-14695680/>. Acesso em 29 out. 2017.

RIESTRA, A.I; Flix,J.T. **1004 exercícios de flexibilidade**. 5.ed. –Porto Alegre: Artmed, 2003.

ROSA, Luiza. **Anatomia do Cotovelo**. Disponível em: <https://prezi.com/kegebptzvix/anatomia-do-cotovelo/>. Acesso em 28 out. 2017.

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

SANTOS, J.P.G. **A importância da Educação Física no desenvolvimento da psicomotricidade.** [Monografia]. Rio de Janeiro, 2007.

SERRANO, D. B. **Futsal e transtornos afetivos: um estudo de caso. 2008.** 34f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Educação Física)-Instituto de Biociências de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 2008.

SOUZA, Lucimara. **Articulações do Punho.** Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAe9-cAC/articulacoes-punho>. Acesso em 28 out. 2017.

SOUZA, T. et al. **Tempo de reação simples visual auditivo de goleiros de handebol do sexo masculino.** EFDesportes.com .Revista Digital. Buenos Aires, Ano 15, nº 149, outubro de 2010. Disponível em: < <http://efdesportes.com/edf149/tempo-de-reacao-de-goleiros-de-handebol.htm> >. Acesso em 28 de out. 2017.

USO DA ESCALA DO DESENVOLVIMENTO MOTOR COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CRIANÇAS AMAMENTADAS COM LEITE MATERNO: CONTRIBUIÇÕES PARA CONSULTA NA PUERICULTURA

Jéssica Guero¹
Eliani A W Krug²
Ana Paula Hupalo Sosa³
Andrey Portela⁴

RESUMO: O desenvolvimento motor ocorre no primeiro ano de vida da criança acontecendo de maneira sequencial, ressaltando que cada competência ou capacidade (motora, cognitiva ou emocional) seja de fundamental importância para desenvolvimento da criança. Nesse sentido, a relevância acadêmica proporcionada por esta pesquisa, possibilitou maiores informações nas práticas cotidianas do futuro profissional da área de enfermagem, permitindo uma compreensão diferenciada diante do assunto em tela. Também a pesquisa permitiu elucidar respostas quanto a importância do desenvolvimento motor da criança juntamente com o aleitamento materno se correlacionam com a proposta que o este estudo traz quanto a importância do enfermeiro nessa relação, desenvolvimento motor e aleitamento. Assim o objetivo geral dessa pesquisa foi comparar o desenvolvimento motor entre criança de 02 a 04 anos que receberam e não receberam leite materno matriculadas no Centro de Educação Infantil do município de União da Vitória durante o ano de 2017, tendo como população crianças de ambos os sexos, matriculadas no Centro de Educação Infantil Estela Venâncio Caus do Município de União da Vitória, Paraná. Na coleta de dados foi utilizado o protocolo de desenvolvimento motor de Francisco Rosa Neto que compreende um conjunto de provas diversificadas e de dificuldade graduada (testes para crianças de 2 a 11 anos de idade), conduzindo a uma exploração de diferentes áreas do desenvolvimento motor. Foi aplicado todos os testes referentes a faixa etária de 02 a 04 anos, sendo esses para identificar: motricidade fina; motricidade global; esquema corporal; organização espacial. Os testes foram realizados no período vespertino entre as 14 e 15 horas com a supervisão da professora da escola. Conclui-se que diante do comparativo realizado as crianças não amamentadas apresentaram idade motora inferior em relação das crianças amamentadas; isso apresenta grande relevância, pois com esse estudo ficou evidente que o desenvolvimento motor é influenciado pelo aleitamento materno, sendo o mesmo, um grande aliado ao desenvolvimento integral de qualquer criança.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Desenvolvimento; Criança, Enfermagem.

ABSTRACT: Motor development occurs in the first year of the child's life in a sequential manner, emphasizing that each competence or ability (motor, cognitive or emotional) acquired is of fundamental importance for the development of the child. In this sense, the academic relevance provided by this study allowed greater information in the daily practices of the future professional of the nursing area, allowing a differentiated understanding in front of the subject on screen. On the other hand, the social relevance of the study allowed us to elucidate the answers regarding the importance of the motor development of the child together with the breastfeeding, and correlate with the proposal that this study brings about the importance of the nurse in this relation, motor development and lactation. The study had as population children of both sexes, enrolled in the Center for Early Childhood Education Estela Venâncio Caus of the Municipality of União da Vitória, Paraná. In the data collection the motor

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

² Professora orientadora. Mestre em Desenvolvimento Regional. Docente do curso de Enfermagem e Educação Física Bacharelado e Licenciatura das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

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

⁴ Graduado em Educação Física e Desportos. Mestre em Ciências do Movimento Humano. Doutor em Atividade Física e Saúde. Professor nas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – Uniguaçu.

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

development protocol of Francisco Rosa Neto was used, which comprises a set of diversified tests and graded difficulty (tests for children from 2 to 11 years of age), leading to an exploration of different areas of motor development. All the tests referring to the age group of 02 to 04 years were applied, being these to identify: fine motor; global motricity; balance; body layout; spatial and temporal organization and laterality. The tests were carried out in the afternoon between 14 and 15 hours supervised by the school teacher. It is concluded that compared to the non-breastfed children, the lower motor age was in relation to the breastfed children; this is very important because with this study it was evident that motor development is influenced by breastfeeding, being the same, a great allied to the integral development of any child.

Keywords: Breastfeeding; Development; Child, Nursing.

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento motor (DM), Gallahue e Ozmun (2005) explicam como sendo um processo sequencial e contínuo diretamente relacionado a idade cronológica, qual o ser humano adquire grande quantidade de habilidades motoras que devem progredir de movimentos simples e desorganizados para a execução de habilidades motoras organizadas e com maior complexidade.

Um fator de extrema importância para o desenvolvimento da criança é o aleitamento materno (AM). Esse é definido pelo Ministério de Saúde do Brasil (2009) como além de nutrir envolver também a afetividade, imunidade, contribuindo para o desenvolvimento global da criança.

Nesse sentido, observa-se que o AM seja de suma importância para a criança diante do DM, pois o mesmo contém vitaminas, minerais, gorduras, açúcares e proteínas que auxiliam no organismo da criança em seu desenvolvimento como um todo, conforme entendido pela citação de BRASIL (2009).

Relacionando o DM e o AM, para a assistência de enfermagem, remete para a assistência durante a puericultura, termo que dedica-se ao estudo dos cuidados com o ser humano em desenvolvimento, cujo acompanhamento deva ser integral durante o processo de desenvolvimento da criança. Hoje a puericultura pode ser chamada de pediatria preventiva, a qual analisa os serviços desde as consultas pré-natais, estendendo-se ao longo da infância, até o final da adolescência, ou seja, uma assistência à criança saudável capaz de prevenir agravos, melhorar a percepção da família sobre a importância dos cuidados preventivos e que permite intervenções precoces na correção de desvios de crescimento e desenvolvimento.

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

Na puericultura, o enfermeiro de forma efetiva realiza o acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e ambiental e, também, pela identificação precoce dos agravos, com vista à intervenção efetiva e apropriada. Para isto, pressupõe a atuação do enfermeiro em relação a atenção à criança, de forma intercalada ou conjunta, possibilita a ampliação na oferta dessa atenção, pela consulta de enfermagem, consulta médica e grupos educativos.

Para auxiliar o enfermeiro na avaliação das crianças durante a puericultura, surgem escalas de desenvolvimento. Na pesquisa sugere-se a Escala sugerida pelo professor Francisco Rosa Neto, que usa a Escala de Desenvolvimento Motor, pois na enfermagem, há poucos estudos relacionados com essa área, então deseja-se estimular pesquisadores a fazer uso dessa ferramenta e instigar o enfermeiro a ter novas possibilidades para empregar a consulta de enfermagem e suas orientações.

Assim o objetivo geral dessa pesquisa foi comparar o desenvolvimento motor entre criança de 02 a 04 anos que receberam e não receberam leite materno matriculadas no Centro de Educação Infantil do município de União da Vitória durante o ano de 2017.

Para essa pesquisa optou-se pela pesquisa aplicada, de campo, com abordagem quantitativa, estudo comparativo, exploratório.

A turma escolhida de forma intencional foi o materna I e II, contava com 12 crianças de ambos os sexos ambos os sexos, na idade de 02 a 04 anos, matriculada no Centro de Educação Infantil Estela Venâncio Caus do Município de União da Vitória, Paraná. Após conversa com os pais para determinar a população amostral, 07 (n=12) haviam recebido leite materno e, 04 (n=12) não tiveram contato com o leite humano. Assim, de forma aleatória, foi incluída na pesquisa, 02 crianças de cada grupo.

A coleta de dados foi utilizado como base o protocolo de desenvolvimento motor de Francisco Rosa Neto que compreende um conjunto de provas diversificadas e com dificuldades graduadas, conduzindo a exploração de diferentes áreas do desenvolvimento motor.

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

A EDM tem como principal objetivo, realizar uma avaliação do desenvolvimento motor de crianças entre 2 a 11 anos de idade; por meio de testes de habilidades compostas pela motricidade fina e global, equilíbrio, esquema corporal, organização espacial e temporal, bem como a lateralidade.

O protocolo de Rosa Neto é uma técnica que busca determinar a idade motora geral, oriunda da somatória dos resultados positivos identificados em meses coletados nos testes em todos os elementos da motricidade e, o quociente motor geral, resultante da divisão entre a idade motora geral e idade cronológica; o resultado é multiplicado por 100 (ROSA NETO, 2002).

No que diz respeito a idade cronológica quando a mesma é mais avançada em relação a idade motora identifica-se que a criança se classifica numa EDM abaixo do normal sendo caracterizada em uma idade negativa (escala de desenvolvimento inferior); quando a idade motora possui um nível mais elevado (avançada) em relação a idade cronológica a criança se encontra numa EDM acima do normal sendo caracterizada em uma idade positiva (escala de desenvolvimento superior) (ROSA NETO, 2002).

O conjunto de testes que compreendem a EDM apresenta características bem diversificadas e de dificuldades graduadas conforme a habilidade avaliada; a mesma possui uma tabela que classifica o desenvolvimento motor por meio dos seguintes níveis em ordem crescente: muito inferior, inferior, normal baixo, normal médio, normal alto, superior e muito superior (ROSA NETO, 2002).

Na pesquisa foram aplicados os testes referentes a faixa etária de 02 a 04 anos para identificar: motricidade fina, esquema corporal e organização espacial.

Todos os testes foram realizados conforme orientações contidas no Protocolo que compreendem em primeiro lugar o avaliador executar a teste deixando exposto para que o avaliado repita.

Os testes foram realizados no período vespertino entre as 14 e 15 horas com a supervisão da professora da escola. Para a aplicação do teste, o ambiente foi preparado, as crianças estavam usando roupas confortáveis. Os pais ou responsáveis foram convidados a participar do teste e, não havendo interferência do avaliador durante a execução do teste.

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

Segundo Rosa Neto (2002, p. 36) “o tempo estimado é de aproximadamente 30 a 45 minutos, às vezes pode alcançar 60 minutos devido as diferenças individuais. [...] na medida deve ser realizado em uma só sessão.”

Assim os testes foram repetidos algumas vezes até que a criança executasse a atividade de única vez. Isso porque em algumas situações quando realiza o teste, a criança distraia-se com outra coisa e saia da cadeira.

A pesquisa seguir todas as etapas em relação aos aspectos éticos, tendo recebido parecer favorável do Núcleo de Ética e Bioética através do número 2017/108. Ao local de pesquisa (escola) foi enviado um termo de autorização para que a pesquisa possa ser realizada nas suas dependências e que os dados sejam divulgados, sendo este deferido pela direção da escola. E, aos pais ou responsáveis foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2 DISCUSSÕES DOS DADOS

Inicia-se a apresentação do resultado da pesquisa com resultado da idade dos envolvidos. Retrata-se no quadro 01, a idade motora em anos, e a idade cronológica, em meses, que é idade em tempo real do indivíduo. Ainda no quadro 01, descreve a criança foi amamentada.

Quadro 01 – Idade cronológica e amamentação

Indivíduo	Idade motora	Idade cronológica	Amamentados
01	3 anos	36 meses	Sim
02	3 anos	36 meses	Não
03	4 anos	48 meses	Sim
04	4 anos	48 meses	Não

Fonte: Autora da pesquisa, (2017).

Pelo quadro 01, a população foi caracterizada por 04 (quatro) crianças. Duas delas com 36 meses e 02 delas com 48 meses. Desses, os indivíduos 01 e 03 foram amamentados a mama materna e os indivíduos 02 e 04 não foram amamentadas.

Gallahue e Ozmun (2005) definem idade cronológica como sendo a diferença entre um determinado dia e, o dia do nascimento do indivíduo. Isso determina o desenvolvimento individual, ou seja, aprimoramento de alguns componentes quer físico, mental, emocional, social e motor, ou seja, trata-se do aprimoramento de que

era um estágio simples que evoluiu para o mais complexo durante a evolução da idade cronológica.

Em primeiro momento da apresentação dos dados será apresentado o resultado dos testes e na sequência realizada as considerações e a relação com o aleitamento materno, bem relacionando a importância do enfermeiro na puericultura quer para a avaliação da criança quer para o incentivo do aleitamento materno.

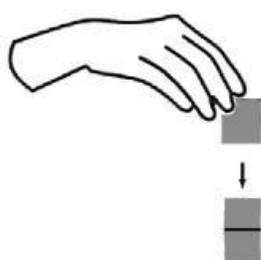
3 RESULTADOS DOS TESTES

3.1 Motricidade Fina

Os teste aplicado referente a faixa etária de 02 a 04 anos, segundo a EDM sugerida por Rosa Neto, para identificar a motricidade fina, corresponde a coordenação visumaneira representando a atividade mais frequente e comum no homem, pois são movimentos de pegar um objeto e lançá-lo, de escrever, desenhar, pintar, recortar, etc.

Assim, o teste predito tem como objetivo que a criança construa uma torre (figura 03 e 04). Esse teste possui 12 cubos em desordem; tomam-se quatro e, com eles, é montando uma torre diante da criança. A criança deve fazer uma torre de quatro ou mais cubos quando lhe for indicado (ROSA NETO, 2002).

Figura 01 – Construção da Torre



Fonte: Rosa Neto (2002).

Figura 02 – Aplicação do teste



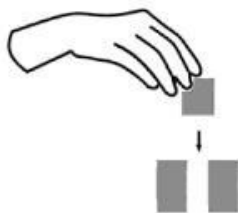
Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Para esse teste, em primeiro momento a autora realizou a torre, deixando a amostra da criança e na sequência ela deveria reproduzir a torre.

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

O segundo teste a ser realizado foi à construção de uma ponte (figura 03 e 04). Nesse ainda usando os 12 cubos em desordem, tomam-se três e, com eles, se constrói uma ponte diante da criança.

Figura 03 – Ponte



Fonte: Rosa Neto, (2002).

Figura 04 – Construção da ponte



Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Para o teste da realização da ponte, a criança de número 03 não conseguiu realizar a sequencia de sua construção.

3.2 Esquema Corporal

Esquema corporal é a consciência do corpo como meio de comunicação consigo mesmo e com o meio. Quando se tem um bom desenvolvimento do esquema corporal pressupõe-se que o individuo tenha boa evolução da motricidade, das percepções espaciais e temporais (MANSUR; MARCON, 2006).

Um dos testes sugeridos por Rosa Neto (2002) refere-se ao controle do corpo, assim, a criança é submetido a prova de imitação de gestos simples, onde o avaliador realiza sinais com as mãos e a criança deve imita-lo (Figuras 05 e 06).

Figura 05 – Imitação dos gestos

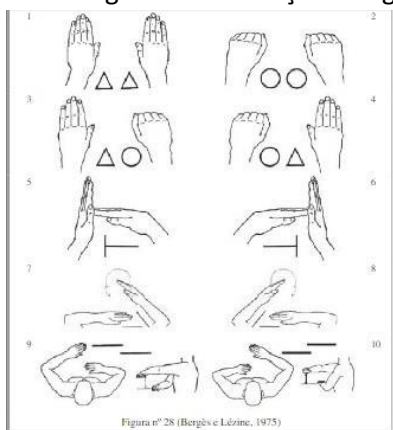


Figura 06 – Teste da imitação dos gestos

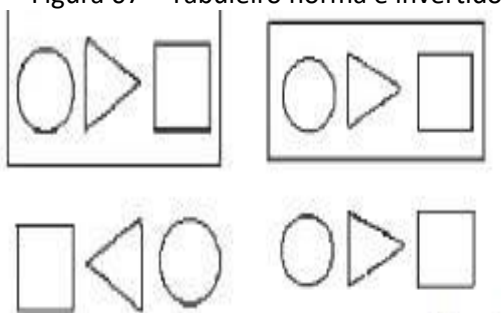


3.3 Organização Espacial

A organização espacial envolve a percepção do indivíduo e relação a objetos e ao meio ambiente. Para que essa percepção seja bem sucedida, há necessidade de boa maturidade psiconeurológica e cognitiva. Quando essa não é estimulada leva a dificuldades do indivíduo realizar encaixes, montagens, em orientação dentro de um determinado espaço, não ocupar a folha de papel de forma harmoniosa, tem dificuldade de organizar seu traçado dentro de um limite, montar contas matemáticas e ainda não seguir orientações como direita e esquerda (MELO; SPADA, 2007).

Rosa Neto (2002) sugere para a identificação da organização espacial da criança de 02 a 04 anos o teste do tabuleiro norma e invertido, onde a criança deve encaixar as peças de acordo com o formato do tabuleiro (Figuras 07 e 08):

Figura 07 – Tabuleiro norma e invertido



Fonte: Rosa Neto, (2002).

Figura 08 – Realização do teste



Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Verifica-se na figura 08 que os testes devem ser aplicados em primeiro momento com as peças na posição correta ao tabuleiro e na sequencia repetido, com as peças mantidas ao inverso ao tabuleiro. Tal modificação da posição visa identificar a percepção da criança frente a organização do espaço do objeto.

4 ANÁLISES DOS TESTES

Diante dos resultados, os mesmos possuem uma mensuração própria conforme protocolo de avaliação motora, retratados da seguinte forma:

- a) Os testes poderão ser aplicados de acordo com a idade cronológica da criança. Um aluno poderá ser testado a partir da sua idade cronológica ou

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

inferior; b) O exame motor pode ser iniciado pela sequência de provas motoras: motricidade fina, motricidade global, equilíbrio, etc.;

c) Se a criança tem êxito em uma prova, o resultado será positivo e será registrado com o símbolo 1; d) Se a prova exige habilidade com o lado direito e esquerdo do corpo, será registrado 1, quando houver êxito com os dois membros; e) Se a prova tem resultado positivo apenas com um dos membros (direito ou esquerdo), o resultado será registrado ½; f) Se a prova tem resultado negativo, será registrado 0 (ROSA NETO, 2002, p. 41).

Para melhor compreensão do estudo, os 04 indivíduos que participaram dos testes conforme protocolo, apresentaram os seguintes resultados de acordo com o quadro 02:

Quadro 2 – Resultados dos testes da criança 01.

TESTES/ANOS	2	3	4	5
1. Motricidade fina	1	1	1	0
2. Esquema corporal	1	1	1	0
3. Organização espacial	1	1	1	0

Fonte: Dados da pesquisa, (2017).

No quadro 02, identificou-se que o indivíduo obteve 100% de aproveitamento na realização da avaliação motora conforme protocolo de Rosa Neto (2002).

A relação entre o movimento e o seu fim, demonstra o nível de desenvolvimento motor e sua respectiva idade cronológica (ABERASTURY, 2004).

A criança identificada pelo número 01, foi amamentada na mama materna. Para tal, Carvalho (2014) explica que a proteína alfa-lactoalbumina, encontrada no leite materno traz crucial auxílio para a produção de neurotransmissores para que o cérebro opere de maneira eficiente.

Desta forma, pode-se então concluir que o leite materno contribui para o bom desempenho da criança nessa bateria de testes.

No quadro 03, os resultados da criança número 02:

Quadro 03 – Teste indivíduo 02

TESTES/ANOS	2	3	4
1. Motricidade fina	1	0	0
2. Esquema corporal	1	1	0
3. Organização espacial	1	1	0

Fonte: Dados da pesquisa, (2017).

No quadro 03, observou-se que o indivíduo teve dificuldades na realização de alguns testes. Os resultados apresentados denotam uma relação direta com seu desenvolvimento motor, pois essa criança não foi amamentada; os movimentos da

criança e seus resultados negativos são influenciados neste caso também, pela ausência do leite materno (BRASIL, 2015). Foi o que entendeu-se pelo resultado.

No quadro 04, apresenta-se o resultado dos testes da criança de número 03:

Quadro 04 – Teste indivíduo 03.

TESTES/ANOS	2	3	4	5
1. Motricidade fina	1	1	1	0
2. Esquema corporal	1	1	1	0
3. Organização espacial	1	1	1	0

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

No quadro 03, a criança de número 03, amamentado a mama materna, apresentando 100% de aproveitamento nas avaliações.

O padrão de crescimento e de comportamento motor humano, o qual se modifica através da vida e do tempo, e a grande quantidade de influências que os afetam, constituem fomento para diferentes teorias científicas e sustentam a evolução de estudos que se caracterizam pelas técnicas de pesquisa e pelos meios utilizados para compreender o desenvolvimento motor de crianças (TURUTA, 2008).

Então se conclui que na criança de número 03, o leite materno tenha influenciado os resultados obtidos no teste.

Pelo quadro de número 05, apresenta-se os resultados da criança de número 04:

Quadro 05 – Teste indivíduo 04.

TESTES/ANOS	2	3	4	5
1. Motricidade fina	1	1	0	0
2. Esquema corporal (IM4)	1	1	0	0
3. Organização espacial (IM5)	1	1	1	0

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

No quadro 05, apresenta-se os resultados da criança de número 04, não amamentado. Percebe-se que resultados foram negativos na avaliação motora em alguns testes.

Os testes até o momento realizados buscaram ilustrar juntamente com teorias, como as de Rosa Neto, legitimar e oferecer fundamentos fidedignos sobre hipóteses como as relacionadas ao leite materno (amamentação) e o desenvolvimento motor das crianças pesquisadas (BRASIL, 2015).

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

Um dos aspectos que provam a relevância deste estudo foi sua abordagem de caráter multidisciplinar, o qual proporciona aos profissionais da saúde, e principalmente, os da área de enfermagem, que a amamentação possui influência no desenvolvimento motor e humano das crianças analisadas (ROSA NETO, 2002).

A multiplicidade temática abordada por Rosa Neto (2002), em razão de seus vários testes direcionados a avaliação motora, demonstram que a análise realizada em razão de desenvolvimento motor de crianças estudadas correlacionadas a sua amamentação ou não, determinou que os indivíduos 1 e 3 tivessem êxito durante os testes, e os indivíduos 2 e 4 apresentassem resultados baixos em relação ao seu IMG.

Além de todo o suporte teórico existente na área trazida por este estudo, a própria aplicação dos testes forneceu explicações que facilitam o entendimento pormenorizado, ou seja, cada teste realizado nas crianças estabeleceu padrões etários do desenvolvimento e, conseqüentemente, o seu perfil motor, o que constitui um dos suportes do tripé da infantil, diante de uma sólida semiologia do crescimento e do desenvolvimento motor infantil em relação a crianças amamentadas e não amamentadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se desenvolver estudos voltados a compreensão e avaliação motora de crianças amamentadas e não amamentadas, observa-se que o padrão de crescimento e de comportamento motor humano, o qual se modifica por meio da vida e do tempo, e a grande influência que os afetam, constituem fomento para diferentes teorias científicas e sustentam a evolução de vários estudos, como os apresentado neste trabalho científico, da importância que é análise motora e seu respectivo desenvolvimento em populações infantis, por exemplo.

Através de ferramentas como as de Rosa Neto, foi possível demonstrar as idades motoras dos indivíduos pesquisados, demonstrando-se sua evolução por meio de testes motores que se identificam exatamente suas idades e desenvolvimento motor.

Assim considerando, estudos sobre a motricidade infantil, em geral, são realizados com o objetivo de conhecer melhor as crianças e de poder dessas

informações estabelecer instrumentos de confiança para avaliar, analisar e estudar o desenvolvimento de crianças em diferentes etapas evolutivas.

Bem se sabe da existência de outros testes para verificar o desenvolvimento da criança, porém utilizaram-se as informações sugeridas pelo professor Rosa Neto como sendo um estudo inovador na enfermagem. Com ele, o enfermeiro pode demonstrar a importância de se estimular cada vez mais a amamentação na busca pela superação de dificuldades que surgem ao longo do desenvolvimento motor das crianças, conduzindo de forma a promover o desenvolvimento dos mesmos, por meio de avaliações como as realizada neste estudo, os quais representam e podem elucidar com maior exatidão os aspectos e totalidade da personalidade motora de indivíduos – identificação de seu perfil motor.

Assim, entendeu-se que objetivos propostos pela pesquisa foram alcançados em parcialmente. Pois a intenção inicial foi de aplicar todos os testes sugeridos pelo protocolo, mas devido a não colaboração das crianças, vários dias de recesso escolar, dificultou a aplicação dos testes.

Sabe-se que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança desde seu nascimento até os 5 anos de idade, é de fundamental importância para a promoção da sua saúde e prevenção de agravos, identificando situações de risco e buscando atuar de forma precoce nas intercorrências.

Desta forma ações aparentemente simples realizadas pelo enfermeiro como, pesar, medir, avaliar aquisição de novas habilidades e utilizar o cartão da criança, nem sempre podem ser parâmetros para identificar situações que possam trazer prejuízo para o desenvolvimento da criança, favorecendo muitas vezes complicação nas fases da adolescência e mesmo adulta. Desta a utilização de EDM podem servir de auxílio para um bom diagnóstico de enfermagem durante a realização da puericultura.

E não deixando de realizar as precisas orientações sobre a importância do aleitamento materno. Pois os resultados da pesquisa, demonstrou que as crianças que foram amamentadas tiveram resultados melhores de que as que não foram amamentadas. Esse resultado reflete de forma positiva mesmo não tida realizado todos os testes propostos.

Sabe-se que esse resultados, não está finalizado, pois tem-se ciência de suas particularidades da coleta de dados, mas entende-se que seja de fundamental

importância dar sequencia dessa proposta. Assim sugere-se que esse estudo tenha novos adeptos, estimula-se então novos pesquisadores e buscar maiores subsídios para demonstrar a importância do aleitamento materno e ainda, demonstrar que o enfermeiro é a peça fundamental para a sensibilização da mãe para amamentar. Ressaltando que o aleitamento materno deve iniciar-se ainda na gestação, como o preparo das mamas e orientações sobre os benefícios quer para a mãe quer para o desenvolvimento do bebe.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. Assistência integral à saúde da criança: ações básicas. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde; 1984.

_____. **Cartilha de amamentação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

ROSA NETO, Francisco. **Manual da Avaliação Motora**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

GALLAHUE, D. L. **Compreendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. 7 ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

MANSUR, S. S; MARCON, A. J. **Perfil motor de crianças e adolescentes com deficiência**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, n., p.9-15, 16 mar. 2006. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhqd/article/viewFile/19798/21868>. Acesso em 19/10/2017.

MELO, R. M de; SPADA, A, C. M. **A rotina e a organização espacial na instituição de educação infantil como meio auxiliar do processo de desenvolvimento da primeira infância**. Revista Científica Eletrônica de Pedagogia. Ano V – Número 19, Julho de 2007. Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/asemf8UWqZYb7Tt_2013-6-28-15-16-21.pdf. Acesso em 21/10/2017.

CARVALHO, A. P. et al. Conhecimento sobre amamentação: comparação entre puérperas adolescentes e adultas. **Revista Paul Pediatría**, 24 (2): 121-126, 2006.

CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

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

Joelma Aparecida Kriginski¹
Darciele Mibach²
João Vitor Passuello Smaniotto¹

RESUMO: O presente artigo tem por objetivo apresentar a violência psicológica sofrida por monitoras de estacionamento rotativo, que exercem suas funções laborais na rua. O fato de estarem expostas e em contato direto com os clientes, torna-as vulneráveis a diversas situações constrangedoras, humilhantes e, em alguns casos a violência física é manifestada. A ação diária na qual estão envolvidos clientes e funcionárias pode acarretar danos que geram sofrimento físico e mental levando-as a se desestabilizarem emocionalmente. Infelizmente, no meio em que trabalham a violência psicológica é frequente e passa a ser um acontecimento comum, fazendo parte do dia a dia. A vítima dessa violência tem sua imagem e autoestima arruinadas, e o próximo passo resultante desse abuso poderá ser de um indivíduo deprimido com baixo rendimento no trabalho e desmotivado. Com base no estudo, espera-se colaborar na compreensão do impacto da violência na saúde mental das trabalhadoras na execução de suas atribuições bem como, dos reflexos em suas relações sociais.

PALAVRAS- CHAVE: Estacionamento rotativo, Violência Psicológica, Saúde mental, Qualidade de Vida.

ABSTRACT: The present article aims to present the psychological violence suffered by rotating parking monitors, who perform their functions in the street. The fact that they are exposed and in direct contact with clients, become vulnerable to several embarrassing, humiliating situations and in some cases physical violence is manifested. The daily action in which clients and employees are involved entails damages that generate physical and mental suffering causing them to destabilize emotionally. Unfortunately, in the environment in which psychological violence is working is frequent and happens to be a common event, being part of the day to day. The victim of such violence has their image and self-esteem ruined, and the next step that results from such abuse may be from a depressed person with low work income and unmotivated. Based on the study, it is hoped to collaborate in understanding the impact of violence on women's mental health in the execution of work and reflexes and in their relations.

KEYWORDS: Revolving Parking, Psychological Violence, Mental Health, Quality of Life.

1 INTRODUÇÃO

Quando trata-se de violência, comenta-se com frequência acerca de como o assunto vem alastrando-se e assustando toda a população. Em algumas das definições, usou-se o termo violência para descrever qualquer tipo de agressão física, emocional, verbal e psicológica, destinada a humilhar ou dominar, comportamentos e ações de outra pessoa utilizando-se da intimidação, ameaça direta ou indireta,

¹ Graduado em Direito. Mestre em Direitos Fundamentais e Democracia. Doutor em Ciências Jurídicas e Políticas. Professor nas Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

humilhação, ou qualquer outra conduta que tenha como resultado prejuízo à saúde física e psicológica.

A violência está incluída em vários contextos e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) a violência foi definida como o “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações”. A violência em todo o seu contexto torna-se um tema ligado a saúde por estar associada à qualidade de vida, envolvida pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta. Sendo assim, torna-se uma exigência na atenção e cuidados dos serviços prestados na saúde. (MINAYO, 2004).

Em um ambiente de trabalho a violência, em qualquer que seja a sua forma de manifestação seja na forma, física ou psicológica podem deixar marcas traumatizantes tanto para a vida profissional, como para a vida afetiva e social do indivíduo. A vítima dessa violência tem sua imagem e autoestima arruinadas, e os próximos passos resultantes dessa agressão poderá ser de um indivíduo deprimido com baixo rendimento no trabalho e desmotivado.

Muitas vezes as vítimas temem a expor-se e fazer denúncias formais com medo do retorno que inclui-se rebaixamento de cargo ou até mesmo o desligamento da empresa, e tornando o assunto público, expondo-se a humilhação, constrangimento e vergonha. (HELOANI, 2005).

No trabalho das monitoras de estacionamento rotativo da cidade de Porto União, as agressões são vividas, e relatadas ao final do expediente como algo comum, fazendo parte de um processo. O medo pela reincidência ocorre no momento em que monitora volta a exercer sua função no mesmo local onde ocorreu a agressão, expondo-se ao o risco de encontrar o agressor e sofrer novos ataques. Em alguns casos, essas monitoras são julgadas como despreparadas ao executar suas funções e precisam muitas vezes serem flexíveis e colocar em destaque sua resiliência ao se deparar com situações como essas. Ao fazer uma análise da vivência das monitoras de estacionamento rotativo em conjunto com a sociedade, busca-se descobrir as possíveis causas que instigam a violência seja ela manifestada em qualquer uma das suas formas.

2 METODOLOGIA

A metodologia é uma revisão literária, com base nos estudos em livros, revistas, internet e artigos já publicados. O trabalho realizou-se através de pesquisas bibliográficas, feitas a partir de referências teóricas, com a finalidade de contribuir na compreensão do sofrimento e de que forma isso afeta a vida do indivíduo e o meio onde está inserida.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Violências Psicológicas

A violência psicológica refere-se ao uso intencional de poder em qualquer conduta que cause danos emocionais e diminuição da autoestima, que prejudique o pleno desenvolvimento ou que vise controlar comportamentos, mediante constrangimento, humilhação, isolamento, vigilância constante, ridicularização ou qualquer outro meio que cause prejuízo à saúde psicológica (BRASIL, 2006).

Muito se tem discutido, acerca da violência, mas quando se trata da violência psicológica ou emocional pode-se dizer que é uma das agressões que se apresenta com maior dano prejudicial, pois manifesta-se silenciosamente, diferente das outras. Talvez seja difícil para o indivíduo identificar que está sendo violentada, pela falta de conhecimento e pelo medo da repercussão do assunto que está envolvido e o mal provocado pela violência psicológica podem deixar cicatrizes para o resto da vida.

A Organização Mundial da Saúde - OMS define saúde como “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade”. Sendo assim, pode-se considerar que a saúde depende de um equilíbrio e de um bem-estar que se relaciona com fatores ligados ao corpo, a mente.

Devido as atividades desses serviços serem desenvolvidas em lugares abertos, as monitoras ficam vulneráveis e expostas a algum tipo de violência. O objetivo desse serviço prestado nem sempre é bem aceito por todos. O contato direto com os usuários, por vezes torna essas trabalhadoras, alvos de descontrole, irritação, raiva, insatisfação, revolta e agressões. O trabalho que essas monitoras desempenham tem

um papel de grande importância, e na medida que se deparam com situações desconfortáveis, necessitam imediatamente enfrentá-las. Anos exercendo essa profissão, a maioria acumula experiência e isso garante a flexibilidade para sair de situações embaraçosas. Alguns desses conflitos são comuns e inevitáveis e acontecem quando há diferentes interpretações ou não aceitação sobre um mesmo problema.

Muitas vezes a habilidade em se sair bem das situações que se deparam durante o dia torna-se invisível e a flexibilidade é imprescindível para o desenvolvimento do trabalho. Em consequência disso, nota-se que em alguns casos elas são apontadas como despreparadas e culpadas, gerando um sentimento de frustração e desamparo. O não reconhecimento ao serviço prestado e as dificuldades vivenciadas no trabalho tornam-se comuns, sendo justificadas como parte da função, obrigando-as a ignorar as humilhações presenciadas no dia a dia.

3.2 Assédio Moral

Outra preocupação constante, e que se manifesta no ambiente de trabalho é o assédio moral. As relações dentro das organizações permitem atos corriqueiros que podem revelar-se inofensivo, normal e até soar uma brincadeira, mas se tomarem proporção violenta seja em palavras ou atitudes e acontecer de forma repetitivo, necessita de uma atenção específica, quanto ao problema que está iniciando-se ou se vem se agravando.

Não há uma única definição para o termo assédio moral, mas em comum suas características são as humilhações, palavras e gestos ofensivos e que cause constrangimento. Segundo informações da Organização Mundial de Saúde (OMS), o assédio moral no ambiente de trabalho é um comportamento irracional, que se repete em relação a um determinado empregado, ou a um grupo, configurando perseguição, gerando um risco para a saúde e para a segurança.

O sujeito agressor poder ser o empregador, o superior hierárquico, colegas de serviço, o próprio subordinado e até clientes, mas na maioria dos casos sujeito assediado, geralmente é o empregado. O assédio moral transforma a auto percepção e a autoestima, dando sentido às agressões, pois o indivíduo, estando com autoestima

baixa, passa a acreditar no que a ele é atribuído pelo agressor. Assim, o próprio indivíduo sente-se culpado, inseguro e se julga incompetente.

Barreto (2003), enfatiza que em uma pesquisa feita pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), apontou resultados alarmantes sobre os agravos que o assunto causa a saúde do trabalhador, resultado do aumento dos distúrbios psíquicos e das vivências depressivas causadas no ambiente de trabalho. O assédio moral, principalmente no ambiente de trabalho, não se limita a destruir uma única pessoa, mas afeta e ameaça a todos aqueles que presenciam essas situações, pois aqueles se que se identificam com ele sentem- se também desprezados e ameaçados.

Um dado da Organização Mundial da Saúde (OMS) e que se tem alertado é de que a depressão, nas próximas duas décadas poderá ser uma das mais importantes causas de morte, incapacidade e afastamento do trabalho. Dentro da profissão e no exercício de sua função, as monitoras de estacionamento, tendem a sentir-se inferiorizada, culpabilizada e desacreditada diante dos agressores e até mesmo de quem poderia defende-las. Por fim, a triste realidade enfrentada é que por medo do desemprego, a humilhação não é reconhecida por quem a vivencia e passam a tolerar e submeter -se ao silêncio, tornando mais um desafio diário, enquanto a vítima vai gradativamente se desestabilizando, fragilizando-se e, perdendo sua autoestima, passando a acreditar que todas as ofensas são aceitáveis e que isso faça parte dela e do exercício da sua função.

3.3 Agressividade e comportamento Agressivo

A agressividade é conceituada pela disposição do indivíduo para ser violento ou para agredir, também caracterizado por comportamento hostil, violento e destrutivo.

Ridley (2000, p. 293) “Os seres humanos têm alguns instintos que fomentam o bem comum e outros que favorecem o comportamento egoísta e antissocial, e que precisamos planejar uma sociedade que estimule aqueles e desencoraje estes.” Ou seja, a agressividade trata-se de um comportamento emocional, natural e que faz parte da afetividade e que se manifesta como reação aos fatos que visivelmente levam

o indivíduo à disputa ou à uma reação de sentimentos. O comportamento agressivo, pode manifestar-se como forma de depositar sentimentos negativos como raiva, frustração e fraqueza diante daquilo que o estimulou podendo causar traumas memoráveis e experiências negativas.

O comportamento agressivo segundo a psicologia se define como um comportamento diferente da violência em si, por ser uma construção social: ele é aprendido. As ações de agressividade só se mantêm, se forem devidamente reforçados e tem como objetivo causar danos ao outro, que por sua vez é motivado a evitar tal comportamento. A agressividade muitas vezes é camuflada pelos indivíduos, e poucas são as pessoas que se reconhecem como agressivas e violentas. Esses disfarces são usados por ser algo que não é aceito e bem visto em nossa sociedade e que a partir do momento em que um ato de violência se manifesta, inicia-se o julgamento sobre essa atitude.

É de extrema importância analisar, pelo menos, duas visões sobre o tema, de um lado tem a interpretação da agressividade como parte da natureza humana, de outro, a agressividade como exemplo de comportamento que se aprende nas relações sociais vividas. Um comportamento agressivo baseia-se em torno do que o indivíduo está envolvido e todas as influências internas e externas contribuem para que apareça uma rápida alteração de mudança. Esse ato pode vir a ser algo somente verbal, mas também havendo o descontrole pode ser um episódio de alta gravidade, envolvendo agressões físicas.

Relacionada ao sistema de estacionamento rotativo a agressividade é resposta a uma reação e não uma ação sem um motivo ou fator desencadeador. Se o indivíduo é alvo repetidamente de agressões, ele irá evocar as respostas agressivas de imediato. O comportamento desequilibrado gera sentimentos de medo, tensão, estresse, tristezas, inseguranças envolvendo e atingindo as pessoas ao redor.

3.4 O abuso psicológico e as consequências para a saúde mental do trabalhador

Em decorrência das causas do assédio moral e violência psicológica, os sintomas e o adoecimento aparecem a curto e a longo prazo. Devido a exposição a esses comportamentos é comum o aparecimento de sintomas como ansiedade,

depressão, insônia, pensamento introvertido, problemas de concentração, humor depressivo, perda de interesse por coisas ou situações que antes lhe despertavam, introversão, insegurança, falta de iniciativa, mudanças de humor e irritabilidade, isolamento e cansaço. Os sintomas comportamentais se modificam traduzindo reações agressivas tanto para a pessoa que está doente como para com as outras pessoas do convívio social. Os transtornos alimentares, o aumento no consumo de álcool e/ou drogas, o aumento do tabagismo, a disfunção sexual e isolamento social, podem ser citados como alguns sintomas que se destacam com o adoecimento.

Com a exposição diante da violência é comum o adoecimento silencioso dessas monitoras e conseqüentemente a desmotivação pelo seu trabalho e o baixo rendimento são visivelmente percebidos.

Heloani (2003) argumenta que o assédio moral no trabalho costuma gerar patologias em suas vítimas, na medida em que faz com que elas acreditem ser exatamente o que seus agressores pensam, ou desejam que sejam. O esforço em tentar manter esse comportamento invisível, são atitudes que reforçam o medo individual, a ocultação das queixas evitando o máximo uma possível demissão. As emoções são manifestadas diferentemente em cada indivíduo, e as mulheres quando humilhadas expressam através do choro, tristeza e magoa. Conviver com o sofrimento no ambiente de trabalho, revela que o que adoce as pessoas é enfrentar um trabalho que não desejavam, mas que por questões de necessidade, acabam aceitando e tolerando mesmo que isso prejudique sua saúde.

Salvador (2002) apresenta os efeitos da violência moral como um processo destruidor que pode conduzir a vítima a uma incapacidade permanente e mesmo à morte: o chamado bullicídio. A agressão tende a desencadear ansiedade e a vítima se coloca em atitude defensiva por ter a sensação de ameaça e, além disso, sentimentos de fracasso e impotência tornam-se frequentes. Esses ataques geram no trabalhador o sentimento de medo, desespero e inutilidade permanecendo nele a vontade da desistência pelo trabalho. Os dias tornam-se cansativos, amedrontados e insatisfatório e todo o desempenho é avaliado pelo trabalhador como improdutivo, pois está desmotivado acerca da situação por qual está passado.

3.5 Qualidade de vida no trabalho

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

Comenta-se, com frequência, a respeito da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e como as empresas tem modificado, buscando melhorias que indiquem satisfação dos colaboradores. É necessário que as empresas tenham a sensibilidade de buscar fatores que influenciem nessa qualidade de vida, causando um impacto positivo na produtividade e na vida do funcionário.

Chiavenato (1936) conceitua a QVT referindo-se à preocupação com o bem-estar geral e a saúde dos colaboradores no desempenho de suas atividades. Atualmente, o conceito de QVT envolve tanto os aspectos físicos e ambientais quanto os aspectos psicológicos do local de trabalho. A QVT é vista de um lado pelas reivindicações dos colaboradores quanto ao bem-estar e à satisfação no trabalho e, de outro lado tem o interesse das organizações quanto aos seus efeitos positivos e potenciadores sobre a produtividade e a qualidade no trabalho.

Segundo Limonge-França (1996), Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), é o conjunto das ações de uma empresa que envolve a implantação das melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho. A construção da qualidade de vida no trabalho ocorre a partir do momento em que se olha a empresa e as pessoas como um todo. Sendo assim, podemos dizer que, QVT deve ser tratada cuidadosamente por depender de diversas variáveis e por fazer parte de uma dinâmica da organização, em se tratar da relação pessoa-empresa, olhando para seus valores e incluindo o trabalhador como parte dela.

Matos, 1996 cita que:

“Não se deve confundir QVT com política de benefícios, nem com atividades festivas de conagração, embora estas sejam importantes. A QVT tem a ver essencialmente com a cultura da organização. São fundamentalmente os valores, a filosofia da empresa, sua missão, o clima participativo, o gosto por pertencer a ela e as perspectivas concretas de desenvolvimento pessoal que criam a identificação entre empresa e indivíduo. O ser humano fazendo a diferença na concepção da empresa e em suas estratégias”.

Muitas empresas têm se preocupado, mostrado interesse e investido na QVT, olhando para sua organização e funcionários como um todo. O objetivo é proporcionar um ambiente de trabalho onde os resultados sejam benéficos tanta para o empregador quanto ao subordinado, assim terá resultados como comprometimento organizacional, e satisfação na realização das tarefas.

Para algumas empresas, QVT é adequada a algumas melhorias feitas dentro do ambiente de trabalho como; aumento de salário, redução da jornada de trabalho,

investimentos em tecnologia que auxilie no desempenho da função, contratação de mais funcionários para criação de turnos de revezamento no que diz respeito ao esforço físico, entre outros. De qualquer forma não deixa de serem melhorias pensando-se no bem-estar do trabalhador, e precisamos olhar para a parte pratica, mas temos o dever de atentar-nos a QVT de outro ângulo, priorizando a busca por uma visão mais integra e ética do ser humano em seu relacionamento com as organizações. Ela tem sido utilizada como indicador das experiências humanas no local de trabalho e o grau de satisfação das pessoas que desempenham o trabalho (CHIAVENATO,1936).

Em consequência da busca por qualidade de vida a maioria das empresas tem se elevado em qualidade e também em produtividade devido aos investimentos feitos em QVT, proporcionando trabalhadores motivados e recompensados pela maneira adequada o qual executam e contribuem com suas funções. Investir em pesquisas sobre o clima organizacional são essenciais para conhecer os funcionários, o ambiente em que estão se relacionando e entender o que os motiva e os satisfaz, dessa forma, promover e melhorar a qualidade de vida no ambiente de trabalho. O cliente interno deve ser o primeiro a estar satisfeito, as organizações precisam antes satisfazer os seus colaboradores responsáveis pelo produto ou serviço oferecido.

O bom desempenho das equipes dentro das organizações é influenciado pela boa gestão da qualidade, quando faz a identificação do potencial de cada profissional dentro das organizações. Quando há uma percepção acerca de um trabalhador que está satisfeito com o trabalho, ele tende a ser mais comprometido e dedicado, sua assiduidade será permanente, focado nos interesses do grupo e da organização. Por outro lado, quando insatisfeito, tende a ausentar-se com frequência, a se atrasar, não ter grande envolvimento nas tarefas ligadas a empresa, elevar o número de rotatividade, desmotivação e até mesmo pedir o desligamento do quadro de funcionários. O descontentamento diante do trabalho pode trazer uma série de doenças relacionadas a tensão e a pressão sofrida dentro do ambiente de trabalho. As doenças ocupacionais, assim como são chamadas são adquiridas ou desencadeadas em função de condições das quais o trabalho é realizado, tais como o estresse, problemas do coração, esgotamento físico e mental e até mesmo a depressão, levando a empresa a ter gastos elevados com assistência médica.

Relacionando a QVT ao trabalho desenvolvido por essas monitoras, não há dúvida de que o ambiente onde estão inseridas está propício a desencadear fatores que permitam o adoecimento. O ambiente estressante em que se encontram direcionam essas monitoras a um nível elevado de preocupação em desempenhar um bom trabalho no mesmo instante em que sofrem algum tipo de violência relacionado a função ou ao sistema instalado.

Conforme Chiavenato (2004, p.5), “Na verdade, cada uma das partes depende da outra. Uma relação de mútua dependência na qual há benefícios recíprocos. Uma relação de duradoura simbiose entre as pessoas e organizações”.

Há uma ligação e uma interação entre empresa e empregados, sendo que as pessoas têm passado maior tempo do seu dia dentro de uma organização, produzindo sendo parte fundamental da arrecadação, do faturamento e do crescimento, em contrapartida a empresa se veem na obrigação de proporcionar um ambiente com mais recursos, e que consiga de certa forma favorecer a todos, sendo que as necessidades são individuais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a violência manifestada em qualquer que seja a sua configuração, traz muitos prejuízos para vida do indivíduo tanto no ambiente de trabalho ou na vida pessoal e social. Os comportamentos de raiva e agressividade, determinam um momento de explosão despertando no indivíduo uma espécie de vingança e descarregando no outro toda essa energia negativa ou vingativa. Para a vítima, o receio de relatar ou denunciar tal atitude atribui-se ao medo da exposição de sua imagem e do desemprego, tornando-a uma vítima silenciosa da violência. A permanência da vítima a situações como essas, contribuem para o adoecimento como a ansiedade, cansaço, desmotivação e até mesmo a depressão. Em alguns casos é percebido o início ou aumento do uso de drogas, consumo de bebidas e o tabagismo. Diante do acima exposto, considera-se de suma importância o conhecimento sobre Qualidade de Vida no Trabalho e as medidas preventivas a serem tomadas, para propiciar uma melhor condição no ambiente de trabalho. Instigar nas pessoas, usuários do serviço prestado por essas monitoras, o exercício de cidadania, de

respeito, de igualdade que resultará em mais educação, tolerância e consciência em contribuir para diminuir ou eliminar comportamentos de violência e agressividade existente no ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

AGRESSIVIDADE E PSICANÁLISE - Todos os seres humanos trazem consigo um impulso, agressivo. Disponível, em. <https://meuartigo.brasilecola.uol.com.br/psicologia/agressividade-psicanalise.htm/> acesso em 02 ago.2018

A violência psicológica no trabalho discutida a partir de vivências de adolescentes trabalhadores- Workplace psychological violence discussed from teenage workers' experiences Samantha Lemos Turte-Cavadinha 1
Edu Turte-Cavadinha 1, Andréa Aparecida da Luz 1, Frida Marina Fischer

BARRETO, M. Uma jornada de humilhações. São Paulo: Fapesp; PUC, 2000. Disponível em: <http://www.assediomoral.org/spip.php?article6>. Acesso em de out. 2017.

CAMPOS, Rose. **Assédio moral e constante**. Psique: Ciência e Vida, ano I, n. 4. São Paulo: Escala, 2006. p. 40-47.

COLOSSI, Rochelli. **Boletim Informativo Construindo Linhas de Cuidado e de Prevenção à Violência**. Santa Rosa, RS: Boletim Informativo, 2012. Disponível em: http://www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/boletinsInformativos/848/BoletimInformativo-ConstruindoLinhasDeCuidadoi.pdf. Acesso em: 24 out, 2017.

CHIAVENATO, Idalberto. (01/2014). Comportamento Organizacional: a Dinâmica do Sucesso das Organizações, 3rd edição. [Minha Biblioteca]. Retirado de <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520447345/>

ESTEVIÃO, Cristina M. (Ed.). A maldade na violência psicológica e os seus reflexos na saúde. **Revista Progredir**, Paço de Arcos, p.0-0, 1 mar. 2013. Mensal. Disponível em: <<http://www.revistaprogridir.com/>>. Acesso em: 26 ago. 2018

FERNANDEZ, Brena Paula Magno; BÊRNI, Duílio de Ávila. **Métodos e técnicas de pesquisa: modelando as ciências empresariais**. São Paulo: Saraiva, 2012.

FERREIRA, José Carlos. **Violência no Local de Trabalho Assédio Moral**. OIT Brasil, abr.04.2011. Disponível [www.sindireceita.org.br/Violência no local de trabalho assédio moral](http://www.sindireceita.org.br/Violência_no_local_de_trabalho_assedio_moral). Acesso em 24 out.2017.

LANCMAN, Selma et al. O trabalho na rua e a exposição à violência no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 21, p. 79-92,

Apr. 2007. Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100008&lng=en&nrm=iso>. access no 22 mar. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000100008>

LEITE, Sérgio Antônio da Silva. Psicologia no Ensino Médio: desafios e perspectivas. **Temas em Psicologia**, Campinas, v. 15, n. 1, p.11-21, jun. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v15n1/03.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2018.

MELO, Felipe; BRITO, Ivana; BÉLENS, Priscila; ALVES Karoline; CARNEIRO Daniele. Psicologia do Trânsito, Bahia, maio,2012. Disponível em www.psicologado.com/atuacao/psicologia-do-transito/agressividade-no-transito-uma-abordagem-do-comportamento © Psicologado.com. Acesso em 04 nov.2017.

MICHAELIS, Moderno Dicionário da Língua Portuguesa-2018 Editora Melhoramentos Ltda. Disponível <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/>

NOBRE, Maria da Penha Pereira. **Conflitos no trânsito: intervenções ou moderações psicopedagógicas podem ajudar no relacionamento dos agentes de operação e fiscalização de trânsito com os motoristas**. Constr. psicopedag. São Paulo, v.18, n.16, p.94-111, jun. 2010. Disponível em www.pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141569542010000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 24 nov. 2017.

Organización Mundial de la Salud. Sensibilizando sobre el acoso psicológico en el trabajo. Serie Protección de la Salud de los Trabajadores, n. 4. Genebra, 2004.

Revista Brasileira de Saúde Ocupacional ISSN 0303-7657
<http://dx.doi.org/10.1590/0303-7657000084513210> Rev.bras. Saúde ocup, São Paulo, 39 (130): 210-223, 2014

TROMBETTA, Taísa, ZANELLI, José Carlos – Características do assédio Moral.1º ed, 2010, 1º reimpr./Curitiba: Juruá,2011