

UNINGÁ – UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR INGÁ LTDA.

Revista
UNINGÁ

ISSN impresso 1807-5053
ISSN online 2318-0579

Rev. UNINGÁ	Maringá	Nº 38	p.1-196	out./dez. 2013
-------------	---------	-------	---------	----------------

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação(CIP)

Revista UNINGÁ, (Unidade de Ensino Superior Ingá)

n.1 (jan./jun.2004) – Maringá: Uningá, 2004.

il.;

Trimestral

ISSN impresso 1807-5053

ISSN online 2318-0579

1. Saúde. 2. Ciências da saúde -Periódico.I. UNINGÁ

CDD 21.ed. 63

FICHA TÉCNICA

Título: **REVISTA UNINGÁ**
Periodicidade: **TRIMESTRAL**
Diretor Geral: **RICARDO BENEDITO DE OLIVEIRA**
Diretor de Ensino: **NEY STIVAL**
Diretor Acadêmico: **GERVÁSIO CARDOSO DOS SANTOS**
Diretora de Comunicação: **MAGALI ROCO**
Diretora de Legislação e Normas: **GISELE COLOMBARI GOMES**
Diretor de Pós-Graduação: **MARIO DOS ANJO NETO FILHO**
Editora-Chefe: **KARINA MARIA SALVATORE DE FREITAS**

Conselho Editorial:

ADILSON LOPES CARDOSO (UNINGÁ-SP)
AGENOR OSORIO (UNINGÁ-PR)
AISSAR NASSIF (UNINGÁ-PR)
ANA LÚCIA DE JESUS ALMEIDA (UNESP-SP)
ANDRÉ LUIS SCAPIN (UNINGÁ-SC)
ANTONIO ALEXANDRE PEREIRA JUNIOR(UNINGÁ-PR)
ANTONIO GERALDO DE OLIVEIRA (UNINGÁ-MG)
CAMILA LOPES CARDOSO (FOB-USP-SP)
CÉLIA REGINA M. PINZAN-VERCELINO (UNICEUMA-MA)
CONCEIÇÃO VIEIRA DA SILVA (UNIFESP-SP)
DAIANE PEREIRA CAMACHO (UNINGÁ-PR)
DARWIN VAZ DE LIMA (UNIC-MT)
ELIANE FERRARI CHAGAS (UNESP-SP)
EMÍLIA BARBOSA CARVALHO KEMPINSKI (UNINGÁ-PR)
EMÍLIO CARLOS SPONCHIADO JÚNIOR (UFAM-AM)
ESTEPHAN JOSE MOANA FILHO (Univ. Minnesota, USA)
FABIANA ALEXANDRINO (UNICAMP-SP)
FÁBIO BRANCHES XAVIER (UNINGÁ-PR)
FÁBIO CHIGRES KUSCHNIR (PSE-SEDEC-RJ)
FABRÍCIO PINELLI VALARELLI (FOB-USP-SP)
FERNANDA ANGELIERI (UNIMEP-SP)
FREDERICO TADEU DELOROSO (UNIARARAS-SP)
GISELE BENITES FLOR (FECLPP-MS)
GISELE CAROLINE NOVAKOSKI(UNINGÁ-PR)
HELDER DIAS CASOLA(UNINGÁ-PR)
IRENE QUEIROZ MARCHESAN (CEFAC-SP)
JOÃO EDUARDO GOMES FILHO (FOA-UNESP-SP)
LÚCIA COELHO GARCIA PEREIRA (Univ. EVANGÉLICA-GO)
LUCIANA FRACALOSI VIEIRA(UNINGÁ-PR)
LUCIANE MARGARIDA LIMAPEREIRA(UNINGÁ-PR)
LUIZ FILIPHE GONÇALVES CANUTO (UFPE-PE)
MARCOS ROBERTO DE FREITAS (FOB-USP-SP)
MARCUS VINICIUS CREPALDI (UNINGÁ-TO)
MARIA CONCEIÇÃO ANDRADE DE FREITAS (UESB-BA)
MARIA DO ROSÁRIO MARTINS (UNINGÁ e UEM-PR)
MILZA CELI FEDATTO ABELHA (UEMS-MS)
NEY STIVAL (UNINGÁ-PR)
PEDRO RODRIGO M. NEGREIROS DE ALMEIDA(UCB-DF)
REGINA STELLA SPAGNUOLO (PITÁGORAS-PR)
REJANE TARGINO SOARES BELTRÃO (UFPB-PB)
RICARDO XAVIER VIDAL (AXV-RJ)
RINALDO HENRIQUE AGUILAR DA SILVA (FAMEMA-SP)
ROBERTO BARBOSA BAZOTTE (UEM-PR)
RODRIGO HERMONT CAÇADO (UFVJM-MG)
ROGÉRIO TIYO (UNINGÁ-PR)
ROGÉRIO ZAIM DE MELO (FECLPP-MS)
RUI CURI (ICB-USP-SP)
SILVIA MARIA RAMOS (UCG-GO)
TANIA CRISTINA PITHON CURI (UNICSUL-SP)
THAÍS MARCHINI DE OLIVEIRA (FOB-USP-SP)
VAGNER MARQUES DE MOURA (UNINGÁ-PR)
WILLIAM FERNANDO GARCIA(UNINGÁ-PR)

Editoração Eletrônica / Produção Gráfica:
Distribuição:

DEISE APARECIDA DE OLIVEIRA
UNINGÁ

A **REVISTA UNINGÁ** (ISSN impresso 1807-5053, ISSN online 2318-0579) é uma publicação trimestral (quatro edições por ano) da UNINGÁ – Unidade de Ensino Superior Ingá Ltda – Av. Colombo, 9727, Km 130, CEP 87070-810 – Maringá – Paraná – Brasil.

Todos os artigos publicados são de exclusiva responsabilidade de seus autores.

As opiniões emitidas nos trabalhos aqui apresentados não correspondem, necessariamente, às opiniões da Revista e de seu Conselho Editorial.

Para remessa de originais e aquisição de números avulsos, dirigir-se à:

REVISTA UNINGÁ
A/C Dra. Karina Maria Salvatore de Freitas
e-mail: artigos@uninga.br
mastereditora@mastereditora.com.br
Rodovia PR 317, nº 6114
87.035-510 – MARINGÁ - PR

INDEXAÇÃO:

A **Revista UNINGÁ** (ISSN impresso 1807-5053, ISSN online 2318-0579) é indexada por:

IBICT-CCN

Base de dados:

LATINDEX - 2007

EDITORIAL

Finalizando o ano de 2013, publicamos a Revista UNINGÁ número 38, com muita satisfação.

Nesse número de nossa Revista, encontramos publicações de diversas áreas da Saúde, artigos originais, um caso clínico e revisões de literatura, enriquecendo a literatura nacional.

A cada ano que passa, procuramos melhorar ainda mais a qualidade de nossas publicações, contanto sempre com nossos consultores, revisores, autores e leitores, sempre contribuindo e colaborando para o crescimento da Revista Uningá.

Tenham todos uma excelente leitura!

Karina Maria Salvatore de Freitas
Editora-Chefe

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

Análise dos indicadores do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do município de Ivaté, Paraná, Brasil no bienio 2009-2010

Analysis of indicators of the Humanization Program in Prenatal and birth (PHPN) in the city of Ivate, Parana, Brazil, in the 2009-2010 period

Edinalva Madalena Almeida MOTA; Ana Paula Serra de ARAÚJO.....13

Perfil dos usuários com transtorno mental atendidos em uma Unidade de Atenção Primária do Município de Maringá-Pr

Profile of users with Mental Disorder Treated in a Primary Attention unit of the city of Maringa-Pr

Maria Eduarda Ortega FARIA; Célia Maria Gomes LABEGALINI; Valquiria Zandom QUIRINO; Laís Stocco BUZZO; Cristiane Faccio GOMES.....31

Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas da cidade de Jequié – Bahia

Quality of life in dentists of the city of Jequie-Bahia

Sérgio Donha YARID; Caroline Carvalho NASCIMENTO; Girlaine Nunes ALVES; Thagid Yasmin Leal ALMEIDA.....41

Lesões causadas por falta de EPIs, nas construções civil em trabalhadores autônomos

Injuries caused for the lack of EPI (Individual Protection Equipment), in the civil constructions on self-employed workers

Anderson de Alvarenga FERRAZ; Adilson Lopes CARDOSO.....51

Perfil antropométrico de atletas de handebol da cidade de Santa Maria–RS

Anthropometric profile of handball players from the city of Santa Maria–RS

André Tomazetti ROSSATO; Silmar ZANON.....61

Prevalência do aleitamento materno exclusivo no Município de Marialva-Paraná

Prevalence of breastfeeding in the city of Marialva-Parana

Franciela Rasia MOLINA; Nelly Lopes de Moraes GIL; Silvia Veridiana Zamponi VICTORINO.....71

Farmacovigilância: caracterização das notificações em um Hospital Escola do Interior de São Paulo

Pharmacovigilance: characterization of the notifications in a School Hospital of the Interior of Sao Paulo

Ariadne SPADOTI; Silvana Andrea Molina LIMA; Meline Rossetto KRON; Simone Fernanda GONÇALVES.....85

Análise de casos confirmados de sífilis congênita no estado do Mato Grosso do Sul período de 2008 a 2010

Analysis of confirmed cases of congenital syphilis in the state of Mato Grosso do Sul in the period from 2008 to 2010

Alina Paula de Carvalho MARTELLI ; Gabriela Gonçalves de OLIVEIRA; Tatiana Reichert da Silva ASSUNÇÃO.....95

RELATOS DE CASO

Tratamento da má oclusão de classe III com a máscara facial

Treatment of class III malocclusion with facemask

Rogério Almeida PENHAVEL; Henrique Avila de SOUZA; Mayara Paim PATEL; Karina Maria Salvatore de FREITAS; Rodrigo Hermont CANÇADO; Fabrício Pinelli VALARELLI.....107

REVISÕES DE LITERATURA

- Acolhimento e saúde mental: revisão sistemática da literatura**
Embracement and mental health: systematic review of the literature
Suely Aparecida de Oliveira MULLER; Vania MORENO.....123
- Segurança e saúde de profissionais que trabalham em espaços confinados**
Safety and health professionals working in confined spaces
Hellen Mello GALVÃO; Caio Cavassan de CAMARGO.....135
- Psicoterapia grupal: benefícios dessa assistência aos usuários e a instituição**
Group psychotherapy: benefits of this assistance to the users and institution
Helenice Barreiros ORPHEU; Vânia MORENO.....147
- A reforma psiquiátrica e suas contribuições para a criação da profissão de terapia ocupacional: uma reflexão**
Reform psychiatric and their contributions to the creation of the profession of occupational therapy: a reflection
Bruna Rafaela RISSATO; Adilson Lopes CARDOSO.....155
- Relevância da equipe multiprofissional à cirurgia bariátrica**
Relevance of the multiprofessional team in bariatric surgery
Larissa Alves de Lima LOPES; Ângela Cristina Ribeiro CAÍRES; Alessandro Gabriel Macedo VEIGA.....163
- Sentimentos relatados por mulheres mastectomizadas: uma revisão sistematizada**
Reported by women feelings mastectomy: a systematic review
Marlilenin Calazans Correia Simplicio GERALDINI; Ludmila de MOURA.....175
- NORMAS DE PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS – REVISTA UNINGÁ.....189**

Artigos Originais

**Análise dos indicadores do Programa de Humanização no
Pré-natal e Nascimento (PHPN) do município de Ivaté,
Paraná, Brasil no bienio 2009-2010**
**Analysis of indicators of the Humanization Program in
Prenatal and birth (PHPN) in the city of Ivaté, Parana,
Brazil, in the 2009-2010 period**

EDINALVA MADALENA ALMEIDA MOTA¹
ANA PAULA SERRA DE ARAÚJO²

RESUMO: Durante a evolução da saúde pública, a atenção materno-infantil sempre foi uma estratégia prioritária. Como forma de assegurar a melhoria do acesso, cobertura e qualidade de acompanhamento pré-natal o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e o SISPRENATAL, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no PHPN. O presente estudo objetivou analisar a qualidade da assistência de pré-natal no município de Ivaté, Estado do Paraná, Brasil com base nos indicadores de processo, resultados e impacto gerados no SISPRENATAL no biênio 2009-2010. Os resultados alcançados evidenciaram uma cobertura de 17,64% com incremento de 2,07% em relação ao ano de 2009 e um crescimento proporcional de gestantes que em 2010 realizaram a 1ª consulta até o 4º mês de gestação, com queda da porcentagem das demais variáveis que compõem o indicador de processo. A análise do indicador de resultado mostrou que a maioria dos recém-nascidos em Ivaté nasceram de 37 a 41 semanas, com peso corporal de 1,500g a 2.449g. Já a

¹Bacharel em Enfermagem pela Universidade Paranaense (UNIPAR); Pós-graduada em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), em Educação em Saúde pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Vigilância Sanitária e Epidemiologia em Saúde, Docência do Ensino Superior e Práticas Pedagógicas pela Universidade Paranaense (UNIPAR). Mestranda em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário de Maringá . Rua Natal, nº. 2982, Centro, Umuarama, Paraná, Brasil. CEP: 87502-100. E-mail: anaps_araujo@hotmail.com

²Fisioterapeuta graduada na Universidade Paranaense (UNIPAR); Pós-graduada em Fisioterapia em Terapia Manual e Postural pelo Centro Universitário de Maringá; Pós-graduada em Acupuntura pelo Instituto Brasileiro de Therapias e Ensino (IBRATE)/Faculdade Estadual de Educação Física e Fisioterapia de Jacarezinho Paraná (FAEFIJA). Mestranda em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário de Maringá. Rua Marialva, nº. 5734, Residencial Ouro Verde II, bloc o 07, apto nº.31, CEP: 87502-100, Umuarama, Paraná, Brasil. E-mail: edinalva_carraro@hotmail.com

análise do indicador de impacto evidenciou 2 casos de óbito infantil e ausência de morte materna no biênio pesquisado. Ao término do estudo, concluiu-se que os baixos percentuais registrados no biênio 2009-2010, referentes aos indicadores de processo ratificam a necessidade dos profissionais de saúde e gestores realizarem permanente avaliação para otimizar a utilização do sistema e a leitura dos indicadores por ele gerados, com o objetivo de qualificar a atenção pré-natal no município e agregar valor a gestão pública.

Palavras-chave: Avaliação de indicadores, Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, SISPRENATAL, Gestão.

ABSTRACT: During the evolution of public health, maternal and infantile has always been a strategic priority. In order to ensure improved access, coverage and quality of prenatal care the Ministry of Health created the Program for Humanization of Prenatal and Birth (PHPN) and SISPRENATAL, in order to allow proper monitoring of pregnant women included in PHPN. This study aimed to analyze the quality of prenatal care in the municipality of Ivaté, Parana State, Brazil based on process indicators, outcome and impact generated by SISPRENATAL in 2009-2010. The results showed a coverage of 17.64% with increase of 2.07% compared to 2009 and a growing proportion of women who in 2010 underwent a first consultation until the 4th month of pregnancy, with a decrease in the percentage of other variables that comprise the indicator process. The analysis of the outcome measure showed that the majority of newborns born in Ivaté 37 to 41 weeks, weighing 1,500 g 2.449g. The analysis of the impact indicator showed 2 cases of infant deaths and no maternal death in the two years surveyed. At the study concluded the low percentages in the biennium 2009-2010, referring to the process indicators attest to the need of health professionals and managers perform ongoing evaluation to optimize system utilization and the reading of the indicators generated by this system, in order to qualify for prenatal care in the city and add value to public management.

Key-words: Evaluation of indicators, Program for Humanization of Prenatal and Birth, SISPRENATAL, Management.

INTRODUÇÃO

Durante a evolução da história da saúde pública, a atenção materno-infantil foi e continua sendo uma estratégia prioritária. No Brasil, a introdução do Programa de Assistência Integral à Saúde da

Mulher (PAISM) em 1983, ampliou o elenco de ações de saúde destinadas à parcela feminina da população, destacando a atenção pré-natal pelo seu impacto e transcendência no resultado perinatal (LOPES et al., 2011).

Em 2000, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), Fajardo, Cunha e Livi (2007); Fogaça et al. (2009); Sousa (2009); Polido (2010); Lopes et al. (2011), com o objetivo principal de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, às gestantes e aos recém-nascidos, na perspectiva dos direitos de cidadania (POLIDO, 2010; LOPES et al., 2011).

Ainda no ano 2000 o Ministério da Saúde desenvolveu e implementou o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) um *software* computacional desenvolvido para ser utilizado pelo Banco de Dados do Sistema Único de Saúde brasileiro (DATASUS), com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no PHPN, por meio de um número/código do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, s.d.; ALMEIDA; RÉGIS; COSTA, 2010).

Tal *software* armazena informações que permitem o acompanhamento das gestantes inseridas no programa desde o início da gestação até a última consulta do puerpério, assim como auxilia na definição do elenco mínimo de procedimentos a serem realizados pelo SUS, para a realização de uma assistência de pré-natal de qualidade (ALMEIDA; RÉGIS; COSTA, 2010).

De modo geral a criação do SISPRENATAL baseou-se em conceitos de humanização do cuidado e padronização de medidas que, em conjunto, proporcionariam atendimento mais adequado às gestantes, nos moldes do PAISM (POLIDO, 2010).

Desde a criação do PHPN no ano 2000, diversos municípios brasileiros aderiram ao programa a alimentação dos dados do SISPRENATAL, executando o registro diário de consultas e de solicitações de exame à gestantes. Contudo o cumprimento das propostas do PAISM e do PHPN ainda não se concretizaram de forma completa (BRASIL, s.d.; POLIDO, 2010).

Atualmente com mais de uma década de existência o SISPRENATAL ainda possui um baixo impacto na área de saúde pública, devido ao baixo cumprimento de seus metas e propostas, cujas taxas de conclusão não ultrapassam o máximo de 20% em todo o Brasil com grandes variações por região (POLIDO, 2010).

No Estado do Paraná avaliações preliminares realizadas no ano de 2004 sobre este sistema de informação evidenciaram que juntamente com Santa Catarina, São Paulo e Rondônia, o Paraná é um dos quatro Estados Brasileiros em que o SISPRENATAL é utilizado de modo mais expressivo para evidenciar informações sobre o acompanhamento de gestantes com base no índice cadastrado, no programa de humanização do parto, número de exames para detecção do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) realizados, reforço da vacina antitetânica e *Venereal Disease Research Laboratory* (testes VDRL) para diagnóstico de doenças venéreas em especial sífilis (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Embora o SISPRENATAL venha sendo usado a mais de uma década no Brasil, há poucos estudos sobre a avaliação do uso deste *software* computacional especialmente no Estado do Paraná, ou em seus municípios. Requerendo portanto, a realização de pesquisas que apontem sua cobertura, pontos positivos, negativos, principais dificuldade e efetivação de uso. Contribuindo assim, para que os gestores municipais possam realizar discussões mais efetivas e assertivas sobre a atenção à gestação, ao parto e puerpério.

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo evidenciar a importância do monitoramento dos indicadores de processo como instrumento para o planejamento e organização da assistência pré-natal e puerperal no município de Ivaté, Região Noroeste do Estado do Paraná (PR), Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, documental, quantitativa, na qual é abordando os indicadores de processo, resultado e impacto da assistência pré-natal do município de Ivaté-PR, dos anos de 2009 e 2010, utilizando como fonte de dados o SISPRENATAL, implantado no setor de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde do município em questão.

Ivaté é um município do Estado do PR, Brasil, localizado aproximadamente a 644 quilômetros da capital do Estado (cidade de Curitiba), latitude 23° 24' 32" e longitude 53° 22' 08", com população estimada em 2010 de 7.473 habitantes (Figura 1).



Figura 1. Localização do município de Ivaté no Estado do Paraná, Brasil.
Fonte: Wikipédia (2011, p.1).

Inicialmente para a realização do estudo foi feito contato com o responsável pelo setor de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Ivaté-PR, sendo solicitado por escrito autorização para a coleta de dados, e as planilhas de produção dos indicadores de processo, impacto e resultado do município dos períodos em estudo, bem como os indicadores do sistema já elaborados e incorporados no sistema de informação e disponibilizados no site do DATASUS para domínio público. Assim, foram seguidas as recomendações estabelecidas na Resolução n°. 196/96 do Ministério da Saúde, no que se refere à pesquisa envolvendo seres humanos.

Os dados obtidos foram tabulados utilizando-se uma planilha do programa computacional *Windows Word Excel Office* (2007), sendo então apresentados na forma de tabelas e gráficos, que contem a frequência relativa dos indicadores pesquisados e sua descrição por meio de estatística simples; e posteriormente os dados obtidos foram analisados comparativamente ano a ano e interpretados à luz da literatura pertinente e atual sobre a temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados do PHPN disponibilizados no site do DATASUS, referentes aos indicadores do SISPRENATAL em 2009, de um total de 533 gestantes cadastradas no município de Ivaté-PR, 83 foram inscritas no PHPN, correspondendo a 15,57% de cobertura do município; já em 2010, houve o cadastramento no programa,

representando uma cobertura de 17,64% e, portanto, um incremento de 2,07% com relação ao primeiro ano (2009).

Considerando a média nacional de cumprimento de todos os requisitos do PHPN, que não ultrapassam 20%, apresentando grandes variações por região e o cadastro de todas as informações sobre o acompanhamento de pré-natal no SISPRENATAL (ANDREUCCI et al., 2011). A taxa de adesão ao programa em Ivaté-PR no biênio pesquisado, encontra-se abaixo do desejado.

Na Tabela 1, são apresentados os indicadores de processo do SISPRENATAL referente ao período de janeiro de 2009 a dezembro de 2010, com um número total de 533 gestantes cadastradas ao longo destes anos no município (n=533).

Tabela 1. Indicadores de processo da atenção de pré-natal, SISPRENATAL – Ivaté, PR (2009-2010).

INDICADORES DE PROCESSO	2009	2010
	%	%
Primeira (1ª) consulta até o quarto (4º) mês, em relação ao número de nascidos vivos do município no período.	80,81%	86,87%
No mínimo, seis consultas de pré-natal.	56,79%	48,15%
No mínimo, seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.	48,84%	28,57%
No mínimo, seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos.	45,67%	42,59%
No mínimo, seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos.	34,88%	21,43%
Receberam a 2ª dose ou dose de reforço ou dose de imunizante da vacina antitetânica	62,50%	60,38%
No mínimo, 06 consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, a 2ª dose ou dose de reforço ou dose de imunizante da vacina antitetânica	34,88%	21,43%
No mínimo, 06 consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti – HIV, a 2ª dose ou dose de reforço ou dose de imunizante da vacina antitetânica	34,88%	21,43%
Gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV	98,51%	82,35%
Gestantes inscritas que realizaram os dois exames VRDL	75,00%	56,96%

Fonte: Secretaria de Saúde de Ivaté, SISPRENATAL/DATASUS

Os dados sobre os indicadores de processo do biênio 2009-2010 gerados no SISPENATAL de Ivaté-PR, evidenciam um crescimento proporcional de gestantes que em 2010 realizaram a 1ª consulta de pré-natal até o quarto mês, em relação ao número de nascidos vivos do município em comparação ao ano de 2009 (6,06%). Ao mesmo tempo os dados apresentados na Tabela 1, mostram que em 2010, houve uma queda significativa na porcentagem das demais variáveis que compõem o indicador de processo do SISPRENATAL quando comparado com os dados de 2009. Sendo as variáveis com maior queda aquelas referentes ao percentual de gestantes que realizaram no mínimo 6 consultas de pré-natal e a consulta de puerpério (20,27%), seguido pelo número de gestantes que realizaram os dois exames VRDL (18,04%) e teste anti-HIV (16,16%).

Dados nacionais analisados em um estudo preliminar de avaliação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, com informações referentes aos anos de 2001 e 2002, apontou que a cobertura das consultas durante a gestação com seis consultas ou mais, atingiu 20% e destas apenas 6% realizaram consulta puerperal (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008; NASCIMENTO; RODRIGUES; ALMEIDA, 2007; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004; LOPES et al., 2011). Outros estudos realizados nas regiões sul e sudeste do país apontaram este percentual de cobertura é de 50,00% e 58, 70% respectivamente nos registros de consultas puerperais (DIAS-COSTA et al., 2000; PARADA, 2008; LOPES et al., 2011).

Um estudo mais recente do ano de 2008, realizado no Rio de Janeiro (RJ), por Grangeiro, Diógenes e Moura (2008) evidenciou que o percentual de gestantes que realizaram, pelo menos, seis consultas no pré-natal, é de cerca de 20 %.

Tendo-se em vista que o Ministério da Saúde recomenda a utilização dos seguintes indicadores de processo para o correto acompanhamento do PHPN: trimestre de início do acompanhamento; percentual de mulheres inscritas no pré-natal em relação ao número de nascidos vivos; mulheres com seis ou mais consultas de pré-natal; com seis ou mais consultas de pré-natal e a consulta de puerpério; com seis ou mais consultas de pré-natal e todos os exames básicos; com seis ou mais consultas de pré-natal, todos os exames básicos e a consulta puerperal; percentual de mulheres inscritas que fizeram o teste anti-HIV; que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica; e com seis ou mais consultas de pré-natal, todos os exames básicos, consulta puerperal, teste

anti-HIV e a dose imunizante da vacina antitetânica (ANDREUCCI et al., 2011).

Para Brasil (2006) e Grangeiro, Diógenes e Moura (2008) a realização das seis consultas durante o pré-natal seria o mínimo necessário para garantir não somente o acompanhamento dos parâmetros que avaliam a evolução da gestação e a detecção de fatores de risco e agravos que podem surgir, mas que também são de igual importância, para promover o estabelecimento do vínculo com as gestantes e sua família, no sentido de prepará-las da melhor maneira possível para o parto e o puerpério.

Conforme Grangeiro, Diógenes e Moura (2008) os exames laboratoriais básicos preconizados pelo Ministério da Saúde para uma atenção de pré-natal de qualidade são imprescindíveis no acompanhamento pré-natal, uma vez que complementam a análise dos dados clínicos e obstétricos, favorecendo a adoção de diagnósticos e as condutas adotadas com relação aos mesmos.

No que diz respeito aos indicadores de processo do SISPRE-NATAL, a análise dos dados obtidos pelo presente estudo, revelou-se conforme é possível observar na Tabela 1, que em 2009, apenas 34,88% das gestantes do município de Ivaté-PR, realizaram todos os exames básicos de pré-natal, 98,51% realizaram o teste anti-HIV e 75,00% o teste VRDL. Ao passo que, em 2010 observou-se uma queda neste percentual, haja vista que apenas 21,43% das gestantes do município realizaram todos os exames básicos de pré-natal, 83,35% realizaram o teste anti-HIV e 56,90% o teste VRDL. Além disso, é possível observar claramente na Figura 1, que entre os anos de 2009 e 2010 houve uma queda no percentual de gestantes imunizadas e de gestantes que receberam as doses de reforços da vacina antitetânica e nos demais dados que compõem o indicador de processo.

Os resultados evidenciados na Tabela 1, a respeito da imunização das gestantes, durante o pré-natal corroboram com os dados alcançados por um estudo realizado por Grangeiro, Diógenes e Moura (2008), que mostrou que aproximadamente 50% das gestantes, não são imunizadas de modo com a vacina antitetânica antes ou durante a gestação. Entretanto no presente estudo a porcentagem de gestantes imunizadas foi superior a porcentagem alcançada no estudo destes autores.

Segundo Grangeiro, Diógenes e Moura (2008), apesar de a vacinação antitetânica estar disponível em, praticamente, todos os serviços de saúde no Brasil, ainda existem mulheres que não recebem

nenhuma dose de vacina e há também um número importante de gestantes que também não são corretamente imunizadas.

No que diz respeito a queda no percentual de gestantes imunizadas no biênio pesquisado pode vir a ser explicada pelo fato de que para se avaliar adequadamente a condição vacinal da gestante, é necessário uma análise do registro de imunidade anterior à gestação atual através da observação do cartão de vacinação, para assim, tomar uma conduta correta. Pois, sem este tipo de informação de modo correto e preciso, tais resultados segundo Grangeiro, Diógenes e Moura (2008) tornam-se infidedignos.

Conforme é possível visualizar na Tabela 1, durante o biênio pesquisado houve uma queda no indicador de percentual de gestantes que realizaram o teste anti-HIV e VRDL. Tais resultados por sua vez, vão contra os observados em outros estudos realizados no Brasil que mostram que nos últimos anos vem ocorrendo um aumento progressivo no número de gestantes que realizam o exame anti-HIV durante a gestação, embora na maioria dos casos, este percentual ainda seja baixo (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008; SOUSA, 2009)

Para Grangeiro, Diógenes e Moura (2008) dentre as falhas de detecção da infecção pelo HIV durante a gestação, destacam-se: a ausência ou início tardio do acompanhamento pré-natal, sem tempo hábil para se obter o resultado da sorologia para o HIV e a devida intervenção; atendimento pré-natal sem solicitação do teste anti-HIV; e atendimento pré-natal com solicitação do teste anti-HIV, mas sem resultado do exame laboratorial em tempo hábil ou extravio do exame. Essas afirmativas, por sua vez, fazem com seja necessária uma política conjunta das três esferas do poder público comprometidas, verdadeiramente, com a obtenção de melhores indicadores da saúde materna e perinatal.

Na leitura dos indicadores de processo pesquisados neste estudo, fica visível que, à medida que são somadas as variáveis de avaliação de processo do PHPN, os percentuais diminuem. Indicando conforme Grangeiro, Diógenes e Moura (2008) que a realização do conjunto, e não das atividades isoladas, é o maior desafio na implementação de uma atenção pré-natal satisfatória. Segundo Andreucci et al. (2011) a queda na proporção de gestantes que realizam a segunda bateria de exames do pré-natal, verificada no presente estudo é menor do que a esperada e menor que a proporção das que realizaram a primeira rotina.

A ação programática da atenção pré-natal detalhada em processos permite a avaliação de cada um os indicadores anteriormente ilustrados de forma isolada e exhibe vazios importantes na conclusão das consultas

preconizadas, incluindo o puerpério, desafios quanto a realização nos exames básicos, manutenção das ações de vacinação para profilaxia do tétano neonatal e a realização cumulativa de todas as metas estabelecidas no conjunto, ou seja, a homogeneidade do cuidado.

A análise global dos indicadores de processo pesquisado neste estudo revela à necessidade da gestão municipal de traçar estratégias conjuntas entre as equipes de assistência e vigilância em saúde, no sentido de melhorar o desempenho da atenção pré-natal com ênfase na conclusão do acompanhamento final até a consulta de puerpério e na expansão das testagens sorológicas para pesquisa da sífilis congênita, do HIV e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Neste contexto uma ferramenta essencial seria à adoção sistemática da prática de planejamento ascendente e participativo, incluindo as etapas de monitoramento e avaliação.

Na Figura 2, são apresentados os indicadores de resultado da assistência de pré-natal disponibilizados pela Secretaria de Saúde de Ivaté -PR, relacionados à duração da gestação e peso ao nascimento. Pelas informações disponíveis nesta Figura observa-se que a expressiva maioria das crianças nasceram no intervalo de 37- 41 semanas, sendo consideradas a termo, contudo não é possível uma análise de peso corporal ao nascer pela indisponibilidade de dados consistentes no sistema.

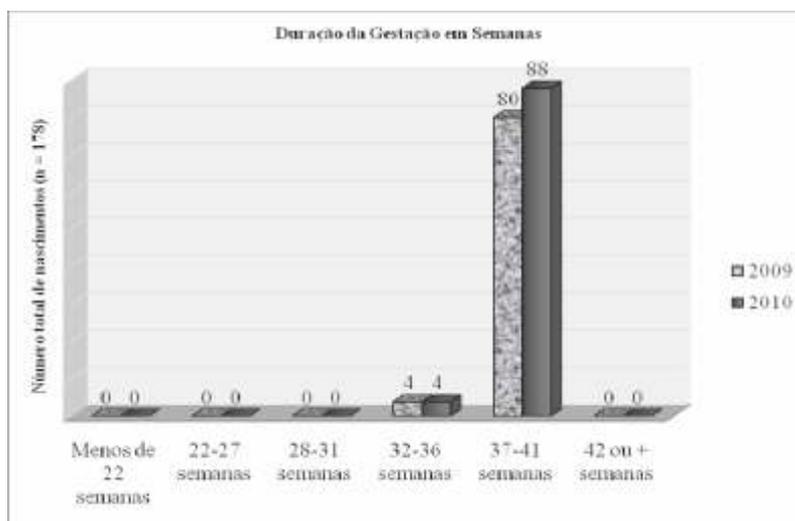


Figura 2. Duração da gestação até o nascimento do neonato no biênio de 2009 a 2010 em Ivaté-PR

Fonte: Secretaria de Saúde de Ivaté-PR, SISPRENATAL/DATASUS .

Na Figura 3, é possível visualizar que a maioria dos recém-nascidos em Ivaté-PR no biênio de 2009-2010, que nasceram com baixo peso corporal, apresentavam peso de 1.500g a 2.4499g.

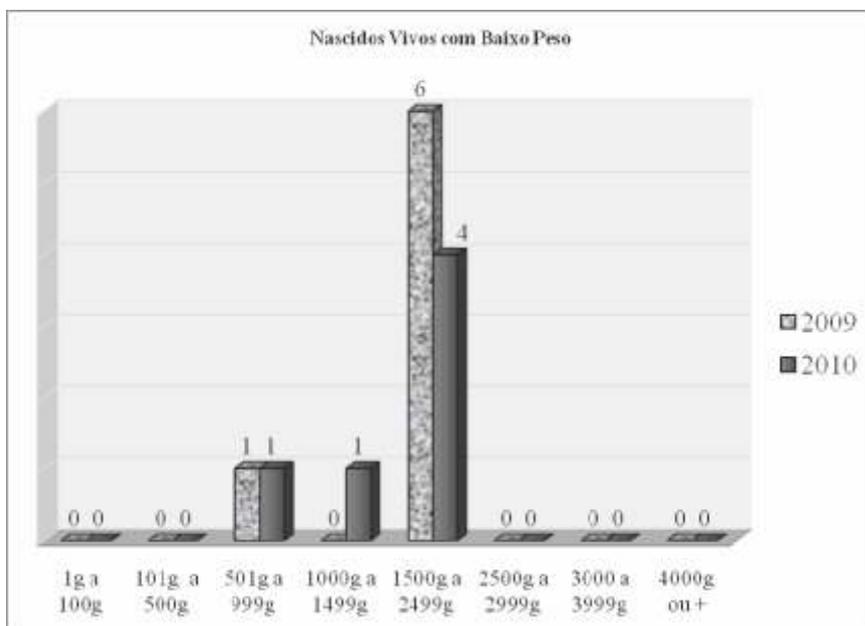


Figura 3. Número total de recém-nascidos com baixo peso corporal nascidos no biênio de 2009 a 2010 em Ivaté-PR.

Fonte: Secretaria de Saúde de Ivaté-PR, SISPRENATAL/DATASUS.

A análise dos indicadores de impacto gerados pelo SISPRENATAL, refletem a qualidade da assistência pré-natal ofertada. A partir do número de mortes materno-infantil ocorridas no município conforme evidencia a Tabela 2, constatou-se que entre os anos de 2009 e 2010 em Ivaté-PR, não houve nenhum caso de morte materna, havendo apenas dois casos de morte infantil no período neonatal. Além disso, é evidenciado na tabela 3, que no biênio pesquisado, houve apenas 1 caso de sífilis e tétano em 2009 e 2010 respectivamente, e ausência de casos de tétano neonatal no mesmo período.

Tabela 3. Indicadores de impacto na avaliação da assistência pré-natal de Ivaté-PR comparados nos anos de 2008 e 2009.

INDICADORES DE IMPACTO	Número de casos conforme o ano	
	2009	2010
MORTE MATERNA	0	0
Total de óbitos maternos	0	0
MORTALIDADE INFANTIL	2009	2010
< 7 dias	1	0
0117-27 dias	0	0
<1 ano	0	0
28 d -<1 ano	1	0
Total de óbitos infantis	2	0
INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA, E DE TÉTANO NEONATAL		
Sífilis	1	1
Tétano Neonatal	0	0

Fonte: Secretaria de Saúde de Ivaté-PR, SISPRENATAL/DATASUS.

Conforme Grangeiro, Diógenes e Moura (2008) a diminuição na ocorrência de óbitos perinatais observada no presente estudo pode sinalizar que o PHPN esta contribuindo para diminuir a mortalidade perinatal no município. Porém tais resultados não permitem tal assertiva.

Os resultados evidenciados na Tabela 3 sobre a incidência do tétano neonatal corroboram com os resultados do estudo de Grangeiro, Diógenes e Moura (2008), que também ao compararem os resultados de anos diferentes sobre a incidência desta doença constatarem uma redução dos casos. De acordo com estes mesmos autores, é evidente que os casos de tétano neonatal venham declinado nos últimos anos, em todas as regiões do país, principalmente pelo aumento da cobertura hospitalar ao parto e da vacinação sistemática de gestantes e mulheres em idade fértil. Porém mesmo que venha ocorrendo um declínio no número de casos, é necessário que haja investimentos contínuos para melhor cobertura vacinal, para que assim, mantenha-se a ausência de casos, definitivamente, no município (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008).

Na Figura 4, observa-se que do total de 178 (100%) nascidos vivos no período de 2009 a 2010 em Ivaté, Paraná, 2 (1,12%) neonatos

morreram, o que representa um coeficiente de mortalidade acumulada no biênio de 11,23 mortes a cada mil nascidos vivos, semelhante ao da região do ABC paulista que é de 8,9 mortes para cada 1.000 nascidos vivos ou mortos (índice relativo ao ano de 2009) e ao encontrou encontrado em Maringá - PR entre 1997-200, o qual foi de 8,84/1.000 (LIMA; SOUZA; PRIMO, 2008).

Como é sabido é da competência da Secretaria de Saúde do Estado em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde definir um sistema estadual/regional de assistência obstétrica e neonatal que contemple ações voltadas para a atenção básica, atenção ambulatorial especializada, bem como a assistência hospitalar obstétrica e neonatal de referência para diagnóstico, a atenção ambulatorial à gestação de alto risco e a assistência ao parto de baixo e alto risco (BRASIL, 2002; GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008).

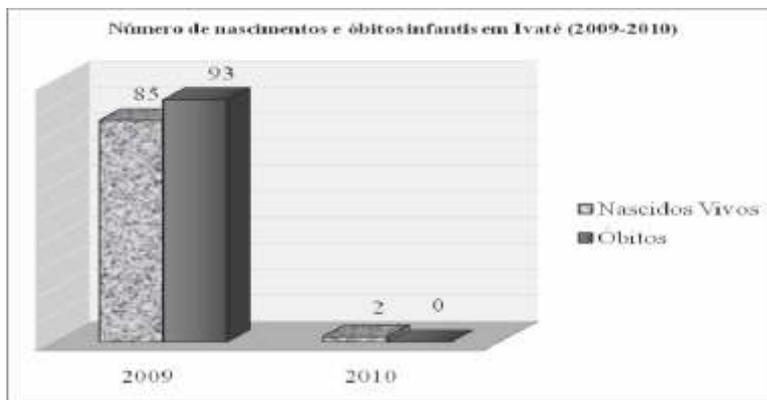


Figura 4. Número total de nascimentos e óbitos infantis em Ivaté-Paraná, conforme o ano no biênio de 2009-2010.

Fonte: Secretaria de Saúde de Ivaté-PR, SISPRENATAL/DATASUS.

À Secretaria Municipal de Saúde compete conforme a portaria nº. 2.048 de 3 de setembro de 2009 e de acordo com Grangeiro, Diógenes e Moura (2008) controlar o cadastro de suas gestantes, garantir assistência pré-natal e puerperal, segundo as recomendações do PHPN e as necessidades das gestantes, garantir laboratório para a realização dos exames básicos e o acesso aos exames complementares necessários, mediante programação pactuada integrada regional. Portanto, é dever do Estado e dos municípios, amparados pelo Governo Federal, a implementação de uma assistência pré-natal de qualidade, assegurando uma maternidade segura para mãe e filho.

Assim sendo, apesar do SISPRENATAL, apresentar indicadores de saúde importantes para se analisar a assistência pré-natal prestada nos diferentes municípios brasileiros, este sistema também possui limitações. E dentre as principais limitações do SISPRENATAL, pode-se citar o fato deste sistema depender basicamente das informações fornecidas pelos médicos ou enfermeiro que registram mensalmente na Ficha de Registro Diário do Atendimento à Gestante as consultas realizadas, os exames laboratoriais solicitados e realizados no primeiro e terceiro trimestres gestacionais, dose imunizante da vacina antitetânica, e a realização da consulta puerperal (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008; BOARETO, 2010).

Baseado nas limitações supracitadas, é possível portanto dizer que, caso os dados não estejam sendo repassados de forma criteriosa à Secretaria Municipal de Saúde, os resultados disponíveis no SISPRENATAL podem não ser fidedignos por estarem subestimados. Assim, sendo é necessário, uma maior capacitação dos profissionais da área de saúde que prestam a assistência de pré-natal e demais funcionários envolvidos com o SISPRENATAL, para que tais dados sejam coletados de modo cada vez mais fidedigno e cadastrado de modo mais completo no sistema, com o intuito de gerar alimentação e monitorização adequadas do sistema acerca do acompanhamento pré-natal (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008).

Tendo-se em vista que o SISPRENATAL é um sistema descentralizado, e que todo gestor, em seu município, utilizando as informações geradas, pode perceber os avanços e os desafios do PHPN (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008; LOBO, 2010).

Ao se fazer uma análise dos indicadores pesquisados neste estudo é possível observar que estes constituem medida fundamental para melhorar a qualidade dos serviços oferecidos durante a assistência de pré-natal em diferentes regiões do Brasil, porque permitem a identificação dos problemas nesta assistência além de permitir que os gestores se mobilizarem para uma tomada de decisão mais assertiva em relação a implementação de ações para a melhora da qualidade do pré-natal em seu município, assim como contribui para a realização de diversos processo de mudanças na gestão de saúde municipal, especialmente no que diz respeito a uma maior conscientização dos profissionais envolvidos no pré-natal, para a coleta de dados e cadastramentos das informações no SISPRENATAL.

Apesar de haverem inúmeros obstáculos a serem superados, como é o caso de uma melhor alimentação e monitorização do SISPRE-

NATAL. Pode-se perceber que a alimentação deste sistema proporciona oportunidades para que os gestores municipais, profissionais de saúde e usuários analisem a assistência prestada às gestantes em seus municípios e para que estes possam formular estratégias que a otimizem e melhorem sua cobertura assistencial.

Como os profissionais de saúde, na função de cuidadores, devem refletir acerca da humanização da assistência pré-natal, estes profissionais conforme Grangeiro, Diógenes e Moura (2008) devem requer, antes de tudo, o cumprimento dos procedimentos básicos preconizados pelo PHPN. Tornando-se, portanto, imperativo que seja feito o estabelecimento de um relacionamento de confiança com a clientela para prevenir, detectar e controlar agravos na gestação e no puerpério, garantindo o direito fundamental da mulher no exercício da maternidade segura (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008). Todavia, é preciso ressaltar que, a força fundamental para a concretização das melhorias na assistência de pré-natal está no compromisso político com as premissas do PHPN e, principalmente, com as gestantes (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008).

Para tanto, foi lançado no ano de 2006, o Pacto pela Saúde, pela Portaria nº 399/GM, Brasil (2006) utilizado como ferramenta para o planejamento de gestores.

No Pacto pela Saúde, segundo Brasil (2006) e Predebon et al. (2010) são descritos os indicadores da atenção básica que servem de parâmetro para que metas da assistência sejam cumpridas. Entre esses indicadores há os diretamente relacionados à saúde materno-infantil, pesquisados neste estudo cuja fonte de dados, recomendada pelo Ministério da Saúde para sua construção, é o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Conforme Predebon et al. (2010) de acordo com o pacto pela saúde o coeficiente de mortalidade infantil (mortalidade em menores de 1 ano), considerado aceitável e de até 20 casos para cada 1.000 nascidos vivos; a proporção de nascidos vivos com baixo peso; a proporção de partos cesáreo e de nascidos vivos cobertos por mais de quatro e mais de sete consultas de pré-natal são indicadores que fazem parte do Pacto pela Saúde, para avaliação e planejamento da atenção básica. Logo com base nestas afirmações e nos dados expostos na tabela 3 e figura 5, é possível dizer que o município de Ivaté-PR neste quesito encontram-se adequado as normas do pacto. Entretanto, conforme o relatório de gestão da Secretária Municipal de Saúde de Ivaté do ano de 2011, o município entende a necessidade de mudar a sua estratégia de atuação frente a saúde

da população, definindo uma política voltada á implantação e implementação de programas e ações integrais de saúde para melhorar a qualidade de vida de sua população e reestruturar o modelo assistencial de saúde ofertado, incentivando a participação da população. Mesmo tendo algumas dificuldades especialmente relacionadas a estrutura físicas mal planejadas, recursos humanos insuficientes em algumas áreas, é compromisso da gestão resolver os problemas a serem enfrentados, e apoiar mais a capacitação dos profissionais envolvidos especialmente com a assistência a saúde em no município.

De modo geral é possível relatar, que a pesquisa dos indicadores de processo, resultado e impacto gerados no SISPRENATAL possibilita a informatização e a produção de relatórios municipais que permitem, sinteticamente a qualquer gestor, uma aproximação indispensável da assistência prestada às gestantes em seu território, a partir de informações cuja obtenção demandava um grande esforço até então; e que o acompanhamento desses indicadores é consensualmente apontado como uma medida fundamental para reduzir as mortes maternas e perinatais (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Considerando que quase 90% das gestantes brasileiras fazem exames de pré-natal com profissionais de saúde (enfermeiros e/ou médicos) formalmente qualificados, e que a média de consultas, no SUS, está acima de quatro consultas por mulher. O Brasil já deveria apresentar melhores indicadores de saúde perinatal (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante a realização do presente estudo constatou-se que o SISPRENATAL possibilita a informatização e a produção de relatórios municipais que permitem, sinteticamente a qualquer gestor, uma aproximação indispensável da assistência prestada às gestantes em seu território.

Verificou-se que o acompanhamento de indicadores é uma medida fundamental para se melhorar a qualidade da assistência de pré-natal no município pesquisado, pois a sinalização de problemas evidencia a demanda de medidas para sua resolução.

Ao término do estudo, concluiu-se que os baixos percentuais registrados no biênio 2009-2010, referentes aos indicadores de processo e o déficit de informações de informações cadastradas no programa, ratificam a necessidade dos profissionais de saúde e gestores realizarem permanente avaliação para otimizar a utilização do sistema e a leitura dos

indicadores por ele gerados, com o objetivo de qualificar a atenção pré-natal no município e agregar valor a gestão pública.

Por fim, dados as déficit de informações do SISPRENATAL de Ivaté-PR, ressalta-se que este não foi uma fonte segura para avaliação da informação disponível sobre a qualidade da assistência de pré-natal no município, assim como este demonstra não ser uma fonte segura de informações para que os gestores, tomem medidas mais assertivas para melhor a qualidade desta assistência no município pesquisado. Mesmo tendo havendo uma grande adesão ao PHPN, em Ivaté-PR no biênio de 2009-2010, a documentação de informação mostrou-se insuficiente quanto a todos os requisitos mínimos e indicadores avaliados e gerados pelo SISPRENATAL.

Neste contexto, espera-se que o presente estudo sirva de base para a realização de novas pesquisas sobre a temática, e para que os gestores se conscientizem da importância do cumprimento das metas e de todas as etapas do PHPA, para a melhoria da qualidade da assistência de pré-natal em seus municípios.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.D.F.N.; RÉGIS, R.E.S.; COSTA, I.G. Incidência de gravidez na adolescência no município de Diamantino-MT. **Col Art Enferm**, v.1, n.1, p.1-15, 2010.

ANDREUCCI, C.B. et al. Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.5, p. 854-64, 2011.

BOARETO, C.M. **Avaliação do atendimento em pré-natal prestado a gestantes adolescentes do centro de saúde Vila CEMIG, Distrito Barreiro, Belo Horizonte, no ano de 2008. Belo Horizonte, 2010.** 35f. Monografia. (Especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.** Maringá: Ministério da saúde, s.d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Parto, humanização do Pré-natal e Nascimento.** Brasília: Ministério da saúde; 2002.

DIAS-DA-COSTA, J.S. et al. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.34, n.4, p. 329-36, 2000.

FAJARDO, S.; CUNHA, J.; LIVI, K. **SISPRENATAL-Sistema de Informação do acompanhamento do Pré-Natal.** Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre/Secretaria Municipal de Saúde, 2007.

FOGAÇA, J. et al. **SISPRENATAL-Manual de Preenchimento dos Formulários de Cadastro e Consulta, Exames e Vacinas**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal, 2009.

GRANGEIRO, G.R.; DIOGENES, M.A.R.; MOURA, E.R.F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.1, p. 105-11, 2008.

LIMA, E.F.A.; SOUSA, A.I.; PRIMO, C.C. Mortalidade neonatal em Serra, Espírito Santo, 2001-2005. **Rev Enferm UERJ**, v. 16, n.2, p.162-67, 2008.

LOBO, J.M. **Análise do programa de humanização no pré-natal e nascimento no município de Capitólo, Minas Gerais. Formiga, 2010**. Belo Horizonte, 2010. 75f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais.

LOPES, C.V. et al. Avaliação da consulta de revisão puerperal no programa de pré-natal. **Rev Enferm Saúde**, v.1, n.1, p.77-83, 2011.

NASCIMENTO, E.R.F.; RODRIGUES, Q.P.; ALMEIDA, M.S. Indicadores de qualidade da assistência pré-natal em Salvador-Bahia. **Acta Paul Enferm**, v.20, n.3, p. 311-15, 2007.

PARADA, C.M.G.L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 8, n. 1, p.113-24. 2008.

PREDEBON, K.M. et al. Desigualdade Sócio-Espacial Indicadores Expressa Por do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Cad Saúde Pública**, v. 26, n.8, p.1583-94, 2010.

POLIDO, C.B.A. **O SISPRENATAL como instrumento de avaliação da assistência à gestante no município de São Carlos, SP. Campinas, 2010**. 96f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n.5, p. 1281-89, 2004.

SOUZA, R.N. **Qualidade da assistência de pré-natal no município de Umuarama**. Umuarama, 2009. 48f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Paranaense.

Enviado em: maio de 2012.

Revisado e Aceito: fevereiro de 2013.

**Perfil dos usuários com transtorno mental atendidos em
uma Unidade de Atenção Primária do Município de
Maringá-Pr**
**Profile of users with Mental Disorder Treated in a Primary
Attention unit of the city of Maringa-Pr**

MARIA EDUARDA ORTEGA FARIA¹
CÉLIA MARIA GOMES LABEGALINI¹
VALQUIRIA ZANDOM QUIRINO¹
LAÍS STOCCO BUZZO²
CRISTIANE FACCIO GOMES³

RESUMO: Os transtornos mentais estão entre as principais causas de incapacidade no mundo, sendo a loucura descrita desde o início da humanidade. Durante anos, suas formas de tratamento foram o isolamento e a prisão, após muitas lutas e discussões no Brasil, com o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica o modelo de atenção vigente vem se alterando, entretanto o preconceito social e a incapacidade ainda são presentes. Dessa forma o estudo pretende conhecer o perfil dos usuários atendidos em uma unidade de atenção primária do município de Maringá-PR, a fim de nortear as práticas dos profissionais dessa unidade, de modo a proporcionar um atendimento humano e integral. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, no qual foram analisados prontuários de 25 pacientes com transtornos mentais, sendo em documento *Microsoft Excel 2007* e analisados utilizando estatística simples. Os resultados mostram que a população estudada trata-se de mulheres destas 52% com faixa etária entre 40 à 59 anos, 40% apenas com o ensino fundamental e 40% dos dados que relacionam as condições socioeconômicos não foram encontrados, evidenciando uma necessidade de realizar estudos que visam reconhecer o motivo que levam os profissionais a negligenciarem

¹Acadêmicas do Curso de Enfermagem da UNICESUMAR. Maringá – PR. eduardaortega92@gmail.com; celia-labegalini-@hotmail.com; Av. Tiradentes, 1030, Centro - Marumbi-PR - CEP: 86910-000 valzandom.20@hotmail.com

⁴Mestranda, Professora do Departamento de Enfermagem da UNICESUMAR. Maringá - PR. laisstocco@hotmail.com

³PhD, Professora do Mestrado de Promoção a Saúde da UNICESUMAR. Maringá - PR. crisgomes@cesumar.br

esse preenchimento e a realização de atividades educativas que os conscientizem da importância da anotação adequada nos prontuários.

Palavras-chave: Saúde Mental; Transtornos mentais; Perfil de Saúde.

ABSTRACT: Mental disorders are among the leading causes of disability worldwide, and madness is described since the beginning of mankind. For years, their forms of treatment were the isolation and imprisonment, after many struggles and discussions in Brazil, with the development of the Psychiatric Reform, the current model of care has been changing, however, social prejudice and disability are still present. Thus, the study aims to identify the profile of patients seen in a UAP (unidade de atenção primária – primary care unit) in the city of Maringá-PR, in order to guide the practices of professionals in this unit to provide a comprehensive and humane care. This is a quantitative research, which analyzed medical records of 25 patients with mental disorders, using documents in Microsoft Excel 2007 and analyzed using simple statistics. The results show that the population studied is women (52%), aged between 40 and 59 years old (40%), with high school education (40%), socioeconomic data, such as income, housing, food and transportation, as well as treatment data were not found. Thus highlighting the need for studies that aim to recognize the reason which leads professionals to neglect the gathering of this data and the need of educational activities that make these professionals aware of the importance of the appropriate filling out of the the medical records.

Key-words: Mental Health; Mental Disorders; Health Profile.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2007) afirma que os transtornos mentais ocupam quinta posição no ranking das dez principais causas de incapacidade no mundo, o que representa 12% da carga global de doenças.

A loucura vem descrita na literatura desde a Antiguidade Grega e Romana, fazendo parte de uma classificação de doenças relacionadas a práticas mitológicas, fora do comum, ou relacionadas a deuses e demônios, sendo a loucura marcada pela influência religiosa (MILLANI; VALENTE, 2008).

Porém no século XVIII, surge o trabalho de Phillippe Pinel, médico considerado pai da psiquiatria, sendo na prática pineliana, o tratamento

moral considerado o ponto principal do isolamento do mundo exterior, um aspecto que ainda atua nos dias de hoje (AMARANTE, 1996).

Pinel modela uma nova forma de cuidar quando assume a administração de um grande asilo em Paris em 1793, onde seu conceito era soltar as correntes e abrir as janelas e tratar o doente com dignidade, o que lhe conferiu um ponto de partida para a uma verdadeira revolução conceitual, em que tratava a loucura como distúrbios das funções intelectuais do sistema nervoso, ou seja, uma doença que poderia ser causada por má formação do cérebro, traumas como batidas fortes na cabeça e hereditariedade que pode ser passado de geração em geração, como também por causas morais como paixões intensas, ou excessos de todos os tipos (BOARINI, 2006).

Sobre este processo, Foulcault afirma que Pinel:

[...] reconstituiu em torno deles todo um encadeamento moral, que transformava o asilo numa espécie perpétua de julgamento: o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros: a sanção tinha que seguir imediatamente qualquer desvio em relação a uma conduta normal. E isto sob a direção do médico que está encarregado mais de um controle ético que de uma intervenção terapêutica. Ele é, no asilo, o agente das sínteses morais (FOUCAULT, 2000, p. 82).

Pinel para estabelecer a ordem, funda a prática asilar, por meio das seguintes operações: 1ª imposição da ordem: isolar do mundo exterior, para que o doente pudesse ser tratado; 2ª imposição da ordem: a constituição da ordem asilar; 3ª modalidade da implantação da ordem: a relação de autoridade, onde a loucura passa a tornar-se sinônima de desordem (CASTEL, 1978).

Para Amarante (1995), a obra de Pinel é um grande passo na história da medicalização do hospital, outrora representando um espaço social e filantrópico, que passa ser figurada como instituição médica. A partir do processo onde Pinel assume a direção de uma instituição pública de beneficência, que traça o primeiro processo de reforma hospitalar, surge a psiquiatria e o hospital psiquiátrico.

Pinel redefine a loucura como uma especialidade médica, o manicômio como um hospital especializado e o isolamento passa a ser entendido como necessário para que a cura fosse alcançada. Neste contexto, o louco era separado dos demais institucionalizados a fim de

que seu comportamento fosse estudado e sua cura estabelecida (BOARINI, 2006).

A partir daí a loucura torna se doença, destacando se em suas especificidades e sintomas. Neste momento histórico a doença mental:

[...] revela a sua natureza num desdobramento do próprio ato de isolamento. A doença se desdobra por reagrupamento-diversificação de seus sintomas, inscrevendo no espaço hospitalar tantas subdivisões quantos são as grandes síndromes comportamentais que ela apresenta (CASTEL, 1978, p. 83).

Já no final do século XVIII, a população presenciou o aumento do movimento de denúncias contra internações de doentes mentais, confinamentos promiscuidades, torturas disfarçadas ou não como tratamento médico (TUNDIS; COSTA, 2007).

Estudos epidemiológicos demonstram que a prevalência de transtornos mentais durante a vida é de aproximadamente 12,2% e 48,6% dependendo da população estudada ou do instrumento de diagnóstico utilizados. Aproximadamente 90% dos casos de transtornos mentais da população são transtornos de humor, ansiedade e/ou somatoformes (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008). Em geral os transtornos mentais causam impacto em termos de morbidade, prejuízos na funcionalidade e na qualidade de vida dos portadores.

De acordo com o estudo *Global Burden of Disease*, conduzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990, estimava-se que o impacto das 130 condições médicas a termo de morbidade analisados dados oriundos de 54 países, demonstram que do total de anos vividos com incapacidade devido a doenças, 30,8% são decorrentes de transtornos mentais, sendo que o mesmo estudo demonstra que entre as dez primeiras causas de anos vividos com incapacidade no mundo, sete são ocasionados por transtornos mentais (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008).

De acordo com pesquisas realizadas no Brasil, o TMC atinge 29,9% da população em geral, chegando a 38% dos usuários da atenção primária. Sendo esse distúrbio mais comum em mulheres, pessoas com baixo nível de escolaridade, baixo nível socioeconômico, vítimas de violência, desempregados, imigrantes e usuários de drogas e álcool (MORENO, 2012).

Segundo Moreno (2012) o Plano Integral de Saúde Mental, descrito pelo Ministério da Saúde do Brasil, prevê que a promoção da saúde deve ser direcionada aos grupos mais vulneráveis, com proposta

em reduzir o número de alterações mentais e promover a saúde da população.

Em 1987, de acordo com Moreno (2012) foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, onde foi enfatizado a necessidades de ações educativas voltadas para a promoção da saúde na comunidade. Em 2010, na última Conferência Nacional de Saúde Mental, o destaque colocado em pauta foi a necessidade de inserir estratégias de promoção da saúde em programas já existentes, sendo seu maior enfoque os grupos de riscos para desenvolver transtornos mentais graves.

Com reconhecimento dos grupos de risco para desenvolver Transtorno Mental (TM), utilizando a atenção primária, funcionaria como base de informações, proporcionando maior facilidade em desenvolver programas de educação em saúde, onde se visa a proteção da saúde mental de toda população (MORENO, 2012).

Desta forma, identificar os grupos susceptíveis para desenvolver o TM em usuários dos serviços de atenção primária, ressaltando como principais o que o utilizam a estratégia em saúde da família (ESF), podendo adequar os profissionais as reais necessidades da população, entretanto destacando-se entre os profissionais que compõe a ESF, o enfermeiro, sendo o mesmo treinado para prestar assistência integral ao usuário, pautado pelo desenvolvimento de ações educativas e de promoção a saúde (MORENO, 2012).

As mudanças no modelo de atendimento tem como finalidade a ruptura do paradigma clínico que os pacientes com transtornos mentais só poderiam ser atendidos na rede hospitalar, através de uma mudança política, a desospitalização e a liberdade terapêutica entram em cena, mudando comportamento dos profissionais da área da saúde (MURTA, 2010). O movimento da reforma psiquiátrica com as mudanças no atendimento tem como principal fator a humanização, o atendimento direcionado, respeitando o indivíduo e seus familiares. (MURTA, 2010).

A rede de atenção integral em Saúde mental possui uma ampla estrutura de atendimento, abrange diversos serviços, lembrando que todo paciente com transtorno mentais poderão apresentar patologias inerentes a psiquiatria, devido a sua intensidade, o atendimento deverá analisar o indivíduo como um todo (MIELKE et al., 2011)

Esta pesquisa tem como objetivo caracterizar os usuários atendidos em uma Unidade de Atenção Primária a Saúde do município de Maringá – PR, de modo a conhecer o perfil do atendido e organizar a assistência, tornando-a mais humana e integral.

PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, no qual foram analisados prontuários de todos os usuários com transtornos mentais, atendidos em uma Unidade de Atenção Primária a Saúde do município de Maringá-PR, totalizando 25 pacientes.

Os prontuários foram escolhidos por serem de usuários em acompanhamento contínuo com a psicóloga da UAP, sendo tabulados em documento *Microsoft Excel 2007* e analisados utilizando estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram analisados 25 prontuários, sendo que destes 52% eram indivíduos do gênero sexo feminino e 48% do gênero masculino, resultado que apresenta sensível aumento na porcentagem de mulheres, fato que se repete em outros estudos como o de Ferreira et al.(2012) onde a população estudada apresenta um predomínio do sexo feminino, sendo que as mulheres estão entre os grupos de risco para o desenvolvimento de doenças mentais devido as características biopsicossociais e econômicas.

Entretanto deve ser lembrado que as mulheres estão mais atentas em relação a sua saúde e procuram o serviço de saúde com maior frequência que os homens, o que auxilia no diagnóstico da doença (FERREIRA et al., 2012).

A faixa etária variou de 0 à 9 anos até acima de 60 anos, sendo 40% destes na faixa etária de 40 á 59 anos, conforme Quadro 1, entretanto em outros estudos como o de Silva (2013) percebeu-se que entre os pacientes atendidos, a faixa etária predominante é de 19 a 39 anos correspondendo a 61,81% e no de Ferreira et al.(2012) a faixa etária em que mais se destacou os transtornos mentais foi 31 a 40 anos com 24,59%, apresentando uma faixa etária mais nova em relação a esta pesquisa, este fato ressalta a importância da Atenção Básica em realizar o acompanhamento e cadastro dos usuários portadores de doença mental, bem como a busca ativa nas faixas etárias de risco, pois percebe-se uma demora em diagnosticar os portadores de transtornos mentais, visto que com diagnóstico precoce os danos a qualidade de vida e autonomia podem ser menores.

Tabela 1: Frequência (N) e Percentual (%) da faixa etárias dos usuários. Maringá-PR, 2013.

Faixa etária	N	%
0 à 9 anos	1	04%
10 à 19 anos	3	12%
20 à 39 anos	4	16%
40 á 59 anos	10	40%
Acima de 60 anos	4	16%
Idade não informada	3	12%

Fonte: Unidade de Atenção Primária. Maringá-PR, 2013.

A escolaridade dos usuários, pode ser melhor visualizada no Quadro 2, onde 40%, possui ensino fundamental. Segundo Moreno (2012) a baixa escolaridade é percebida como prenunciadora importante de vulnerabilidade para os Transtornos Mentais (TM), percebendo-se que quando surge uma alteração mental há falência em completar a educação secundária, além que as desordens mentais influenciam negativamente resultados educacionais.

Tabela 2: Frequência (N) e Percentual (%) da escolaridade dos usuários. Maringá-PR, 2013.

Escolaridade	N	%
Analfabeto	2	08%
Ensino Fundamental	10	40%
Ensino Médio	5	20%
Ensino Superior	1	04%
Pós-graduação	1	04%
Não informada	6	24%

Fonte: Unidade de atenção primária. Maringá-PR, 2013.

Quando o portador apresenta TM no início da vida adulta, período de transição da escola para o mercado de trabalho há prejuízos na sua mobilidade social, surgindo um ciclo de desvantagem ao longo da vida (MORENO, 2012).

A mesma autora, relata ainda que a baixa renda e o desemprego estão entre os fatores associados ao TM, sendo o estresse e a insegurança apontados como desencadeadores dos transtornos. Com isso contribuir com a mobilidade social, por meio de melhores oportunidades de

emprego e salários, é uma medida promotora da Saúde Mental (MORENO, 2012).

Dados de caráter socioeconômicos, tais como: renda familiar, locomoção, alimentação e moradia e dados do tratamento não constam nos prontuários.

As informações socioeconômicas são de fundamental importância, pois esse indicador é considerado um fator de risco. A falta de informação sobre internação impossibilita conhecer a efetividade do tratamento ou se o mesmo está permitindo episódios de crises.

CONCLUSÕES

Nota-se com essa pesquisa que as mulheres são maioria, entretanto apesar das mesmas serem mais vulneráveis a doenças mentais devido as características sociais e econômicas, em relação aos homens, elas buscam mais o serviço de saúde o que facilita o diagnóstico.

A faixa etária variou de 0 à 9 anos até acima de 60 anos, sendo 40% destes estão na faixa etária de 40 à 59 anos, a faixa etária desta pesquisa está acima dos demais estudos, entretanto este fato pode ser justificado pela demora no diagnóstico dos usuários, necessitando da capacitação dos profissionais da UAP para a identificação de portadores e para a busca ativa nas faixas de risco.

A equipe de enfermagem pode contribuir de modo relevante através de ações de promoção da saúde direcionadas para os indivíduos com maior risco, envolvendo a família no processo do cuidar.

O reconhecimento da alteração da saúde mental deve funcionar como uma base de informação para a construção de programas de educação em saúde, sendo o enfermeiro um importante articulador entre a equipe de saúde e a sociedade na identificação e reabilitação dos indivíduos com transtorno mental.

Dados de caráter socioeconômicos, tais como: renda familiar, locomoção, alimentação e moradia e dados do tratamento não constam nos prontuários.

Este estudo evidenciou uma lacuna no preenchimento de dados dos prontuários, sendo que isto influencia na continuidade do atendimento ao usuário, em casos de inserção de novos membros na equipe de saúde, bem como no desenvolvimento de ações integrais pelo serviço, pois o mesmo não tem embasamento para analisar situação econômica, diagnóstico, tipo e evolução dos tratamentos oferecidos.

Todo esse panorama evidencia a necessidade de realizar estudos que visam reconhecer o motivo que levam os profissionais a negligenciarem esse preenchimento e a realização de atividades educativas que os conscientizem da importância da anotação adequada nos prontuários.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

BOARINI, M.L. **A loucura no leito de Procusto**. Maringá: Dental Press, 2006.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

FERREIRA, P.S. et al. Perfil dos pacientes atendidos pelo CAPSi do município de Sidrolândia-MS. **Anais do Seminário de Produção Acadêmica da Anhanguera**. n. 3, 2012.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

GONÇALVES, D.M.; KAPCZINSKI, D. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.7, p.1641-50, jul. 2008.

MIELKE, F.B. et al. Características do cuidado em saúde mental em um Capsna perspectivas dos profissionais. **Trab Educ Saúde**. v.9, n.2, p. 265-76, 2011.

MILLANI, H.F.B.; VALENTE, M.L.L.C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, p. 1-19, 2008.

MORENO, E.A.C. **Fatores associados ao risco de transtorno mental Comum**. 2012. 100f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Recife, 2012.

MURTA, G.F. **Saberes e práticas**: guia para o ensino e aprendizado de enfermagem. 6 ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2010.

OPAS-Organização Pan-Americana de Saúde. **Saúde nas Américas**: 2007. Washington, D.C. 2007. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=97>>. Acesso em: 01 junho 2013.

SILVA, J.S. Perfil dos usuários em procedimento assistidos em um CAPS II do Piauí. **Revista Piauiense de Saúde**, Piauí. v.2, n.1 p. 01-11, 2013.

TUNDIS, S.A.; COSTA, N.R. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2007.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 2001. Mental health new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.

Enviado em: setembro de 2013.

Revisado e Aceito: outubro de 2013.

**Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas da cidade
de Jequié – Bahia**
Quality of life in dentists of the city of Jequie-Bahia

SÉRGIO DONHA YARID¹
CAROLINE CARVALHO NASCIMENTO²
GIRLAINE NUNES ALVES²
THAGID YASMIN LEAL ALMEIDA²

RESUMO: Este estudo visou verificar a qualidade de vida dos cirurgiões-dentistas inscritos no CRO-BA atuantes no município de Jequié. Realizou-se um estudo de caráter descritivo utilizando um questionário. Foram entrevistados 39 cirurgiões-dentistas em atividade no período da coleta de dados. As variáveis analisadas foram média de horas trabalhadas por dia, autoavaliação da qualidade de vida, presença de enfermidades, bem como a especificação das mesmas, tempo de conclusão do curso e acesso a lazer. A maioria dos entrevistados (48,72%) trabalha uma média de 8 horas por dia, 66,67% dos cirurgiões-dentistas em questão consideraram boa sua qualidade de vida e 61,54% apresentam algum tipo de problema de saúde. Os principais problemas de saúde relatados foram dor de coluna, enxaqueca/dor de cabeça e LER/DORT. Todos os entrevistados afirmaram reservar tempo para lazer. Grande parte dos profissionais pesquisados aponta ter algum problema de saúde, porém, ainda assim consideraram boa sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Odontologia. Qualidade de vida. Ergonomia.

ABSTRACT: This study aimed to verify the quality of life of dentists enrolled in the BA-CRO operating in Jequie. Conducted a descriptive study using a questionnaire. We interviewed 39 dentists in activity during the period of data collection. The variables analyzed were average hours worked per day, self-rated quality of life, presence of disease, as well as specifying the same time of course completion and access to leisure.

¹Professor Adjunto da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

²Graduandos do curso de Odontologia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Rua Agapito Fernandes, 85, Cep 45206-260, Jequié-BA. girllaine.odonto@hotmail.com

Most respondents (48.72%) work an average of eight hours per day, 66.67% of the dentists in question considered good quality of life and 61.54% have some type of health problem. The main health problems reported were back pain, migraines/headaches and RSI/WMSD. All respondents said aside time for leisure. The majority of professionals surveyed points have a health problem, but still consider good quality of life.

Key-words: Odontology. Life quality. Ergonomics.

INTRODUÇÃO

A boa qualidade de vida é sempre almejada por todos, tanto em aspectos financeiros, como psicológicos, relacionadas ao ambiente de trabalho, lazer e familiar. A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Estudos sobre condições psicossociais de profissionais da área de saúde, incluindo estresse e fatores relacionados e sobre satisfação profissional têm despertado interesse nos últimos anos. As transformações que vêm ocorrendo na Odontologia, principalmente relacionadas ao mercado de trabalho, influenciam e comprometem a qualidade de vida dos cirurgiões-dentistas. Alguns estudos como os de Salve e Theodoro (2004), Ruschel et al. (2005) e Pizzoli (2005) relatam aspectos relacionados à ergonomia, ao estresse, à jornada de trabalho, à satisfação profissional, ao estilo de vida em diversas profissões, mas na odontologia pouco tem sido aprofundado a respeito dessas questões, podendo citar Nicolielo e Bastos (2002) que fizeram uma pesquisa sobre satisfação profissional em Bauru, SP.

A prática profissional odontológica apresenta como uma de suas principais características o risco ocupacional em virtude de hábitos e posturas advindas da profissão. Esta preocupação fundamenta-se no caráter inerente ao trabalho odontológico que exige do profissional uma interação direta e frequente com pessoas, materiais e equipamentos tendo como consequência o risco de contaminação por radiação e agentes alergênicos (SHINOHARA e MITSUDA, 1998, *apud* COSTA, 2006). De acordo com Gomes et al. (2001), doença profissional é qualquer manifestação mórbida que surge em decorrência das atividades ocupacionais do indivíduo.

A intensificação da jornada de trabalho no campo odontológico é traço característico da atual fase do capitalismo e tem levado ao consumo desmedido das energias físicas e mentais dos profissionais, acarretando Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) que atingem os profissionais da Odontologia devido às características de suas atividades, pois trabalham constantemente em posturas inadequadas, sem períodos de repouso e sob forte tensão emocional.

Tendo em vista os índices de patologias osteomusculares que acometem os cirurgiões-dentistas e o desconforto no ambiente trabalho desses profissionais, o objetivo da presente pesquisa é avaliar a qualidade de vida dos cirurgiões-dentistas, inscritos no CRO, atuantes no município de Jequié – Bahia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Primeiramente o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB e aprovado sob n.º 130/2011 (CAAE n.º 0108.0.454.000-11).

Realizou-se estudo de caráter descritivo, a partir de um levantamento bibliográfico e de dados obtidos através de um questionário. A pesquisa teve como população-alvo 62 cirurgiões-dentistas inscritos no CRO-BA na delegacia regional da cidade de Jequié (BA), Brasil. Foram excluídos os que não estavam em atividade no período de coleta de dados, ou seja, inativos, afastados, de férias ou aposentados, totalizando 23 profissionais. Dessa maneira, a população estudada foi de 39 cirurgiões-dentistas que estavam em atividades clínicas no referido município.

A pesquisa foi realizada por meio de um questionário composto por questões objetivas de múltipla escolha, de maneira que o respondente forneceu as informações de seu domínio e conhecimento na presença do pesquisador.

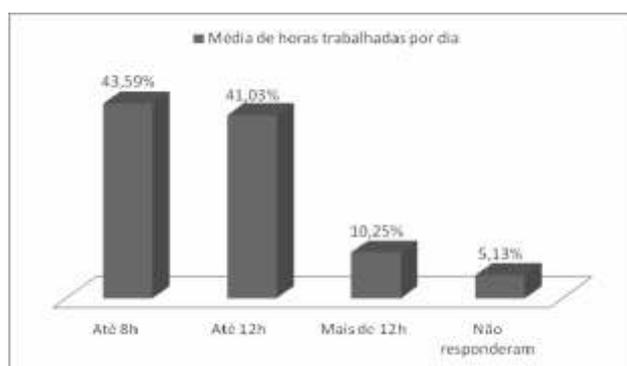
Para a análise de dados foi utilizado o programa Office Excel 2007[®], em seguida foram realizados os cálculos estatísticos utilizando-se o programa Epi Info 3.3, de livre distribuição pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

RESULTADOS

Concordaram de forma livre e esclarecida em participar da pesquisa e responderam ao questionário 39 (n) cirurgiões-dentistas em atividade no município de Jequié-Bahia.

O **Gráfico 1** representa a distribuição de resultados de acordo com a média de horas trabalhadas por dia, sendo que dois participantes não responderam a esta questão.

Gráfico 1: Distribuição dos profissionais de acordo com as horas trabalhadas, por dia, durante atendimento clínico no consultório odontológico.



Em relação à qualidade de vida, verificou-se que a maioria dos entrevistados, 66,67%, considera boa sua qualidade de vida (**Gráfico 2**).

Gráfico 2: Distribuição de profissionais de acordo com a autoavaliação da qualidade de vida.



Quando questionados sobre a satisfação com a própria saúde, 69,23% afirmam estar satisfeitos, 23,08% declararam estar mais ou menos satisfeitos e 7,69% declararam estar insatisfeitos. Dos entrevistados, 100% afirmaram dedicar um tempo para o lazer.

Dos participantes entrevistados, 64,10% declararam apresentar problemas de saúde, sendo que os principais problemas de saúde relatados pelos cirurgiões-dentistas foram: problema de coluna (33,33%), enxaqueca/dor de cabeça (23,08%) e LER/ DORT (20,51%) (**Gráfico 3**).

Gráfico 3: Distribuição das alterações de saúde assinaladas pelos profissionais entrevistados.



Dos profissionais entrevistados, 56,41%, possuem entre 1 e 10 anos de conclusão do curso, 28,21% de 11 a 20 anos e 15,38% 21 anos ou mais.

Dos 39 cirurgiões-dentistas, 61,54% apresentaram problemas de saúde. Destes, 50% possuem entre 1 e 10 anos de conclusão do curso, 25% entre 11 a 20 anos e 25% 21 ou mais.

Ao comparar a quantidade horas trabalhadas/dia e a presença de problemas de saúde nos profissionais entrevistados, constatou-se que dos cirurgiões dentistas que trabalham mais de 12h/dia 75% apresentam algum tipo de problema de saúde (**Tabela 1**).

Tabela 1: Distribuição dos Cirurgiões-Dentistas segundo horas trabalhadas/dia e problemas de saúde.

HORAS TRABALHADAS/ DIA	N	%	APRESENTA PROBLEMAS DE SAÚDE	
			SIM	NÃO
Até 8h/dia	17	43,59%	64,61%	35,29
Até 12h/dia	16	41,03%	62,50%	37,50%
Mais de 12h/dia	4	10,26%	75%	25%

Analisando a auto-percepção da qualidade de vida dos cirurgiões-dentistas entrevistados e a média de horas trabalhadas/dia, verificou-se que 35,29% dos participantes que trabalham em média 8 horas consideram muito boa sua qualidade de vida, 59,22% boa e 5,88% ruim. Dos entrevistados que trabalham em média 12 horas, 12,5% avaliam sua qualidade de vida como muito boa, 75% boa, 6,25% ruim e 6,25% não responderam. Dos cirurgiões-dentistas entrevistados que trabalham mais de 12 horas por dia, a maioria considera boa, 25% consideram muito boa e nenhum dos entrevistados considera ruim sua qualidade de vida.

DISCUSSÃO

A Odontologia é uma profissão rica em oportunidades sob o aspecto da satisfação pessoal e profissional. Entretanto, atualmente, tem sido considerada uma profissão estressante, constantemente associada a agravos à saúde. Este trabalho pretendeu abordar sobre a qualidade de vida dos cirurgiões-dentistas inscritos no CRO, e que estão em atividade na cidade de Jequié-Bahia.

Em um estudo sobre qualidade de vida e perfil dos dentistas da estratégia de saúde da família do Triângulo Mineiro, Miranzi et al. constataram que praticamente todos os dentistas (95,2%) relataram ter saúde “boa” ou “muito boa”, o que vem a corroborar com o nosso estudo, em que 93,3% dos profissionais consideram boa ou muito boa sua qualidade de vida.

Os resultados obtidos também apontaram que a variante horas trabalhadas/dia não tem relação direta com a qualidade de vida dos

cirurgiões-dentistas, corroborando com o estudo de Shugars et al. e Logan et al. citado por Nunes e Freire (2006), que relataram não haver associação entre a variável ‘horas trabalhadas/dia’ e os domínios de qualidade de vida.

Segundo Shinohara e Mitsuda, (1998), citado por Costa (2006), o profissional da odontologia está exposto a vários riscos ocupacionais presentes no ambiente de trabalho, sejam eles devido aos hábitos, posturas e/ou patologias advindas da profissão. O presente estudo constatou que a maioria dos entrevistados apresentaram algum problema de saúde, sendo o pior escore o dos profissionais que trabalham mais de 12 horas/dia. Ainda assim, a maior parte dos entrevistados considerou-se satisfeita com sua saúde.

A relação entre trabalho e doença tem sido estudada ao longo dos séculos por médicos, filósofos e historiadores. Santos Filho e Barreto (2001) realizaram um estudo em que 48% dos dentistas que se referem à dor em diferentes regiões do segmento superior do corpo, interrompem suas atividades profissionais com alguma frequência e, de acordo com Ferreira 1997 citado por Santos Filho e Barreto (2001), 30% abandonam prematuramente a profissão.

Segundo o estudo de Gazzola et al. (2008) 98,6% dos cirurgiões-dentistas entrevistados, apresentaram algum sintoma de distúrbios musculoesqueléticos.

Michelin et al. (2000) avaliaram o perfil epidemiológico dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) em 36 cirurgiões-dentistas docentes da Universidade de Passo Fundo e observaram que existe uma alta prevalência de relatos de freqüentes problemas de dores lombares, desconforto no pescoço e ombro, além de dores nos quadris, pernas, pulsos e mãos. 31% dos Cirurgiões-Dentistas apresentavam problemas na região lombar, 27% na região cervical, 23% no ombro e 17% no pulso, sendo que 23% dos profissionais com mais de quarenta horas semanais de trabalho apresentaram alguma alteração nas regiões de pescoço, pulso, cotovelo e ombro. No nosso estudo os problemas dessa ordem conferem um total de 53,84%, podendo então perceber que os distúrbios musculoesqueléticos prevalecem dentre as principais patologias apresentadas pelos cirurgiões-dentistas.

O desenvolvimento de algum tipo de sintoma ao longo da carreira aumenta para aqueles profissionais que não se preocupam com a prevenção de distúrbios músculo-esqueléticos. Na presente pesquisa foi constatado que 61,54% dos entrevistados apresentam algum tipo de problema de saúde, sendo a maior parte dos profissionais possuem de 1 a

10 anos de formado. Percebe-se então que os profissionais com menor tempo de conclusão do curso têm se importado menos com a prevenção de doenças dessa ordem.

Segundo Lima e Farias (2005) a lógica do capitalismo tem levado o cirurgião-dentista ao sedentarismo, uma vez que trabalhando cada vez mais, não lhe é proporcionado tempo livre para dedicar-se à família e às atividades de livre escolha, o que contradiz com o nosso estudo, no qual todos os entrevistados relataram tirar um tempo para lazer, mesmo trabalhando 8 horas/dia ou mais.

CONCLUSÃO

Foi possível concluir que mesmo uma grande parte dos pesquisados apontando ter algum problema de saúde, consideram que possuem uma boa qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

COSTA, F.O.C. et al. **Doenças de caráter ocupacional em cirurgiões-dentistas: uma revisão da literatura.** XXVI ENEGEP - Fortaleza, CE, Brasil, 9 a 11 de Outubro de 2006.

GOMES, A.C.I. et al. **Manual de biossegurança no atendimento odontológico.** Secretaria Estadual de Saúde/Pernambuco. Recife: Divisão Estadual de Saúde Bucal de Pernambuco, 126p, 2001.

GAZZOLA, F.; SARTOR, N.; ÁVILA, S.N. Prevalência de distúrbios musculoesqueléticos em odontologistas de Caxias do Sul. **Revista Ciência & Saúde Porto Alegre.** v. 1, n.2, p. 50-6, 2008.

HELFENSTEIN, M.; FELDMAN, D. **Lesões por Esforços Repetitivos: tratamento e prevenção.** Publicação do Laboratório Merk-Sharp. 2001.

LIMA, A.D.F.; FARIAS, F.L. R. O trabalho do cirurgião-dentista e o estresse: considerações teóricas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde.** v. 18, n. 1, p. 50-54, 2005.

MICHELIN, C.F.; MICHELIN, A.L.; LOUREIRO, C.A. Estudo epidemiológico dos distúrbios musculoesqueléticos e ergonômicos em Cirurgiões- Dentistas. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo,** v. 5, n. 2, p. 61-7, jul./dez. 2000.

MIRANZI, S.S.C. et al. Qualidade de vida e perfil dos dentistas da Estratégia de Saúde da Família do Triângulo Mineiro, Brasil. **Saúde Coletiva,** v. 50, n. 8, p. 120-25, 2011.

NICOLIELO, J.; BASTOS, J.R.M. Satisfação profissional do cirurgião dentista conforme tempo de formado. **Rev Fac Odontol.** Bauru. v. 10, n.2, p. 69-74, 2002.

NUNES, F.M.; FREIRE, M.C.M. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. **Rev Saúde Pública.** v. 40, n.6, p. 1019-26, 2006.

PIZZOLI, L.M.L. Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso das enfermeiras do Hospital Heliópolis. **Ciênc Saúde Coletiva.** v. 10, p. 1055-62, 2005.

RUSCHEL, C.V. et al. Perda auditiva induzida pelo ruído em cirurgiões-dentistas. **Rev Bras Odontol.** V. 62, p. 25-7, 2005.

SALVE, M.G.C.; THEODORO, P.F.R. Saúde do trabalhador: a relação entre ergonomia, atividade física e qualidade de vida. **Salusvita.** V. 23, p. 137-46, 2004.

SANTOS FILHO, S.B.; BARRETO, S.M. Atividade ocupacional e prevalência de dor osteomuscular em cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: contribuição ao debate sobre os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Cad Saúde Pública.** v. 17, n.1, 2001.

SILVA, A.C.; BARBOZA, H.F.G.; FRAZÃO, P. **Lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho na prática odontológica.** São Paulo: Artes Médicas, 2000. v.1, p. 512-33.

Enviado em: setembro de 2013.

Revisado e Aceito: outubro de 2013.

**Lesões causadas por falta de EPIs, nas construções civil em
trabalhadores autônomos**
**Injuries caused for the lack of EPI (Individual Protection
Equipment), in the civil constructions on self-employed
workers**

ANDERSON DE ALVARENGA FERRAZ¹
ADILSON LOPES CARDOSO²

RESUMO: Com objetivos em identificar as causas de lesões traumáticas de trabalhadores na construção civil, identificou que o número lesões tem crescido muito, devido os trabalhadores autônomos na construção civil não utilizarem as EPIs, e não terem orientação específica de profissionais aptos a estarem intervindo, a estas lesões traumáticas permanentes ou não e com risco de morte e na maioria dos casos os mesmos colocam-se em risco, sendo que este tipo de serviço é o único meio de sustentar a si mesmo e sua família. A amostra desta pesquisa serão os trabalhadores da construção civil do município de Cerqueira Cesar em total de 200, sendo destes foram aleatoriamente entrevistados 10% do total, correspondendo ao número de 20 trabalhadores autônomos que atuam neste serviço, o questionário constará de 10 perguntas fechadas pertinentes ao assunto em questão. E através destas amostras de resultados, os trabalhadores autônomos precisam de métodos de ensino, e de profissionais aptos a darem palestras, de como fazer uso correto de EPIs, orientá-los em caso de ter ocorrido uma lesão para se encaminhado a um hospital por um enfermeiro, fazendo que os números de ocorrência não continuem aumentando cada vez mais.

Palavras-chave: construção civil, EPIs, traumas, trabalhadores autônomos.

ABSTRACT: This work aims at identifying the causes of traumatic injuries in construction workers, it could be identified that the number of

¹Aluno do curso de pós-graduação em Enfermagem do Trabalho da Faculdade Ingá. Rua Antônio Israel Rosa, 261, Parque Nove de Julho CEP 18760-000, Cerqueira César-SP, e-mail: anderson_ferraz@live.com

²Professor Orientador Mestre em Ginecologia, Obstetria e Mastologia pela UNESP.

injuries has grown immensely, on account of the fact that self-employed workers in construction do not use PPE (Personal Protective Equipment) as well as not having specific guidance of highly qualified professionals that could somehow intervene and help in these permanent or not traumatic injuries. The construction workers, in most cases, put their lives at risk carrying out this type of job knowing that it might be the only way of supporting themselves as well as their family. The sample of this research is taken from construction workers in the municipality of Cerqueira Cesar in a total of 200, out of these 10 % was randomly interviewed, which corresponded to the number of 20 self-employed workers who carry out the job. The questionnaire will be of 10 closed-ended questions pertinent to the issue at hand. And through these samples a result could be reached that self-employed workers need teaching methods, and qualified professionals to give lectures on how to make proper use of PPE as well as to guide them in case of any injuries and correct procedure to rush them to a hospital so that a nurse can help, making the number of accidents decrease more and more.

Key-words: civil construction, IPE, traumas, self-help workers

INTRODUÇÃO

No contexto mundial a construção civil é um dos ramos mais produtivos que apresenta maior precariedade nas condições de trabalho e segurança, especialmente no que se refere às políticas insalubres adotadas pelas construtoras; falta de fiscalização por órgãos responsáveis e; não o bastante, as leis trabalhistas não contemplam todos os trabalhadores envolvidos neste setor, excluindo a muitos dos direitos trabalhistas e, inevitavelmente, dos direitos sociais de cidadão (BORSOI, 2002; BRASIL, 2001b).

Constituem acidentes aqueles ocorridos por motivos do exercício profissional, resultando em agressões a saúde ou perturbações funcionais, que podem culminar em incapacidades ou até o óbito do indivíduo. Tais acidentes evidenciam a violenta exploração e precárias condições de trabalho e são, em sua grande maioria, passíveis de prevenção e/ou de serem evitados. Ressalta-se, que os mesmos acometem um grande número de pessoas, principalmente adultos jovens em idade produtiva, incapacitando-os para o trabalho (CARMO et al., 1995; VILELA, 2000; BRASIL, 2009).

Ressalta-se, que os acidentes de trabalho na construção civil constituem em um grave problema de saúde pública mundial, especialmente no Brasil. Comumente, números expressivos de

trabalhadores estão enquadrados neste setor, sendo observadas características, como: crescente vínculo empregatício informal, reduzidos salários, atividades mais individualizadas, baixa escolaridade, trabalhadores exercem suas profissões constantemente em situações precárias e insalubres, são principalmente adultos jovens, e estão mais propensos a acidentes de trabalho, resultando em altos índices de invalidez (temporária ou permanente) e óbitos (CARMO et al., 1995; SANTANA; OLIVEIRA, 2004; SILVEIRA et al., 2005).

Estes trabalhadores informais quando são vitimados de acidentes de trabalho são, em grande parte, assistidos pelo sistema público de saúde que não são conseguem enquadrá-los como trabalhadores e, portanto, os acidentes não são devidamente conduzidos para os dados oficiais da Previdência Social. Dessa forma, estes trabalhadores são excluídos do sistema, não sendo assistidos de forma adequada conforme as suas necessidades, como também esta situação corrobora para o aumento da sub-notificação de acidentes de trabalho no Brasil (BRASIL, 2001b; SILVEIRA et al., 2005).

Infere-se que a maioria dos trabalhadores da construção civil é composta por homens que ingressaram no trabalho muito novos, com idades inferiores a 15 anos. A falta de opção, por não exigir muita escolaridade e por medo de não conseguirem emprego foram motivos que os propiciaram a se submeterem a condições insalubres que as construtoras oferecem. É evidenciado neste setor que a maioria dos trabalhadores não recebe treinamentos profissionais relacionado aos riscos a que estão expostos e nem sobre como utilizar os equipamentos de proteção individuais (EPIs) e coletivos. Ressalta-se ainda que a falta de experiência no trabalho e de informação são considerados fatores importantes de riscos para acidentes de trabalho (BORSOI, 2002; SANTANA; OLIVEIRA, 2004; IRIART et al., 2008).

Como já mencionados, a falta de informação sobre a importância dos EPIs (botas, luvas, óculos de proteção, capacetes, cinto de segurança e os riscos a que os profissionais estão expostos, bem como a falta de aptidão de conclusão de algumas tarefas e desatenção nas atividades realizadas são justificativas aplausíveis que contribuem para a ocorrência de lesões de forma drástica e muito presente nos canteiros de obras (SANTANA; OLIVEIRA, 2004; SILVEIRA et al., 2005). Ratifica-se que só possuir os EPIs não é funciona, é fundamental o trabalhador saber como utilizá-los e porque utilizá-los. Pode ocorrer, em inúmeras vezes, o desgastes dos mesmos com o tempo, sendo necessário substituí-los, ou ainda a não conformidade de tamanho com o do profissional que irá

utilizá-lo. Menciona-se também que muitos profissionais autônomos não possuem condições financeiras para adquirir estes equipamentos essenciais. Tais condições levam a realização do trabalho sem nenhuma medida de proteção ou tendo que improvisar medidas que atenuem os riscos. Tais profissionais julgam injustamente que a culpa é sua pela desatenção ou; dizem que tinha que acontecer, pois estavam em seu destino; ou ainda justificam que os acidentes aconteceram por serem inerentes à profissão (SANTANA; OLIVEIRA, 2004; BORSOI, 2005; IRIART et al., 2008).

Estes profissionais informais que atuam neste ramo reconhecem que se encontram expostos a situação de riscos constantemente no seu dia-a-dia, mas continuam a realizar esta forma de trabalho por não possuir outra opção e tentam ocultar os seus medos, negando a totalidade dos riscos. Boa parte deles acredita, erroneamente, que os acidentes de trabalho são relacionados, principalmente pela falta de atenção dos trabalhadores. Não conseguem estabelecer uma relação lógica entre trabalho informal com maior risco de acidentes e/ou doenças por motivos de trabalho (BORSOI, 2005).

Alguns profissionais que sofreram acidente de trabalho não querem mostrar que se encontra em condição física desfavorável para o trabalho, pois necessitam do trabalho, temem perdê-lo, ou tem medo de serem vistos com maus olhos pela sociedade, pelo empregador ou por sua família. Temem ficar hospitalizados e que esta situação venha impedir de serem remunerados (SILVEIRA et al., 2005).

As técnicas de abordagem devem ser apropriadas para cada situação e tipo de grupo que se quer atingir. Assim, o profissional enfermeiro pode fazer uso de palestras ou explicações que podem conter perguntas e respostas; promover discussão em grupo; demonstrações e práticas podem ser usadas quando é preciso que habilidades sejam aprendidas; utilização de materiais didáticos como livros, panfletos, fotografias e vídeos. É importante que todo o ensino seja documentado para o paciente, pois ele pode fazer uso dele quando necessitar (NETTINA, 2007).

METODOLOGIA

Será desenvolvido de forma descritiva através de aplicação de questionário aos trabalhadores de construção civil do município de Cerqueira Cesar/SP.

Para a realização desta investigação científica serão empregados os métodos dedutivo e indutivo. De acordo com Régis de Moraes (1973), estes consistem em recursos metodológicos gerais da ciência, que orientam as vias de raciocínio no desenvolvimento de pesquisas. O método dedutivo orienta do geral (hipóteses) ao particular (conclusões). Já o método indutivo orienta do particular (fatos específicos) ao geral (conclusões gerais). Segundo o mesmo autor, ambos os recursos metodológicos se complementam, ou seja, a utilização de um não exclui o outro. A escolha de tais métodos justificou-se pelo fato de que, a partir destes, será possível compilar os conhecimentos teóricos a respeito do tema, através da fundamentação teórica, bem como possibilitará generalizar este conhecimento, através da proposta de intervenção, de tal modo que, estes métodos mostrar-se-ão adequados à que se propõe à atuação. A amostra desta pesquisa serão os trabalhadores da construção civil do município de Cerqueira Cesar em total 200, sendo destes foram aleatoriamente entrevistados 10% do total, correspondendo ao numero de 20 trabalhadores autônomos que atuam neste serviço, o questionário constará de 10 perguntas fechadas pertinentes ao assunto em questão, os entrevistados responderão ao questionário após assinar o termo de livre esclarecido e da informação da aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os Comitês de Ética em Pesquisa deverão ser credenciados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

REFLEXÕES

Considerando-se fator principal o comprometimento dos trabalhadores na construção civil em relação ao uso de EPIs, verificou-se que a maior parte destes (14) descreveram que usavam o EPIs e (06) relataram não haver necessidade em usar apesar dos riscos existentes. (gráfico 1). 20 disseram saber o que é EPIs (gráfico 2), 15 disseram que alguém já orientou sobre a importância de se usar EPIs e 05 de não terem orientação de se usar EPIs (gráfico 3), sendo que no gráfico 2 disseram saber o que é EPIs, 15 relataram ter se machucado no local de trabalho e 05 disseram que não se machucaram (gráfico 4), 14 relataram ter procurado um hospital no caso de ter-se machucado no serviço e 06 disseram que não (gráfico 5), 03 relataram ter ficado no hospital de observação médica em caso de ter machucado e 17 disseram que não ficaram de observação médica (gráfico 6), 01 relatou ter ficado internado no hospital por ter se machucado, e 19 disseram não ter ficado internado (gráfico 7), 01 relatou

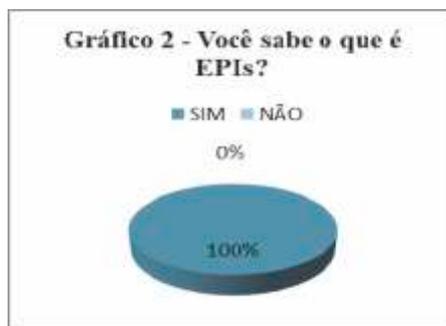
que o médico precisou transferi-lo para outro hospital, 19 disseram que não (gráfico 8), 19 disseram que conhece alguém que se machucou no local de serviço e 01 falou que não (gráfico 9), 07 disseram que conhece a pessoa que ficou em uma cadeira de rodas por se machucar no serviço e 13 disseram que não conhece (gráfico 10).

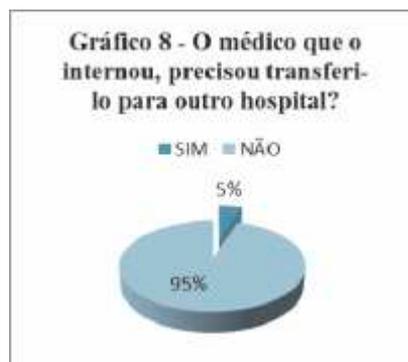
Tais acidentes evidenciam a violenta exploração e precárias condições de trabalho e são, em sua grande maioria, passíveis de prevenção e/ou de serem evitados. Ressalta-se, que os mesmos acometem um grande número de pessoas, principalmente adultos jovens em idade produtiva, incapacitando-os para o trabalho (CARMO et al., 1995; VILELA, 2000; BRASIL, 2009). É evidenciado neste setor que a maioria dos trabalhadores não recebe treinamentos profissionais relacionado aos riscos a que estão expostos e nem sobre como utilizar os equipamentos de proteção individuais (EPIs) e coletivos. (BORSOI, 2002; SANTANA; OLIVEIRA, 2004; IRIART et al., 2008). Como já mencionados, a falta de informação sobre a importância dos EPIs (botas, luvas, óculos de proteção, capacetes, cinto de segurança e os riscos a que os profissionais estão expostos, bem como a falta de aptidão de conclusão de algumas tarefas e desatenção nas atividades realizadas são justificativas aplausíveis que contribuem para a ocorrência de lesões de forma drástica e muito presente nos canteiros de obras (SANTANA; OLIVEIRA, 2004; SILVEIRA et al., 2005). Ratifica-se que só possuir os EPIs não é funciona, é fundamental o trabalhador saber como utilizá-los e porque utilizá-los. Menciona-se também que muitos profissionais autônomos não possuem condições financeiras para adquirir estes equipamentos essenciais. Tais condições levam a realização do trabalho sem nenhuma medida de proteção ou tendo que improvisar medidas que atenuem os riscos. (SANTANA; OLIVEIRA, 2004; BORSOI, 2005; IRIART et al., 2008). Estes profissionais informais que atuam neste ramo reconhecem que se encontram expostos a situação de riscos constantemente no seu dia-a-dia, mas continuam a realizar esta forma de trabalho por não possuir outra opção e tentam ocultar os seus medos, negando a totalidade dos riscos. (BORSOI, 2005). Assim, o profissional enfermeiro pode fazer uso de palestras ou explicações que podem conter perguntas e respostas; promover discussão em grupo; demonstrações e práticas podem ser usadas quando é preciso que habilidades sejam aprendidas; utilização de materiais didáticos como livros, panfletos, fotografias e vídeos. (NETTINA, 2007).

Entendemos que os trabalhadores autônomos na construção civil não costumam fazer uso de EPIs no local de trabalho (informal), e que a

maioria por não terem condições financeiras, não compram as EPIs, pois ao mesmo tempo, o local que vende as EPIs não prestam o serviço de como orientar e usar corretamente as EPIs, então esta classe de trabalhadores, sabe dos riscos, e se expõem de maneira a se lesar seriamente no local de trabalho em seu dia a dia, e por não terem um profissional apto a fazer orientações específicas ao uso, e que a maior parte destes trabalhadores, não são aptos a exercer a função, não recebem treinamentos, orientações específicas ao uso correto das EPIs e desatenção durante a execução das suas atividades, sendo que, a maioria por não terem opção de serviço, se sujeitam as atividades neste ramo da construção civil, que são arriscadas podendo leva-los a lesões graves, permanentes e a mortes.

Levantamento realizado na cidade de Cerqueira Cesar-SP no ano de 2013 com pesquisa de campo (perguntas fechadas) com total de 20% de 100% dos entrevistados, voltado aos trabalhadores autônomos na construção civil.





REFERÊNCIAS

BORSOI, I.C.F. Acidente de trabalho, morte e fatalismo. **Psicologia & Sociedade**. Ceará.v.17, n1, jan./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n1/a04v17n1.pdf>>acesso em 20 jul. 2013.

BORSOI, I.C.F. Os sentidos do trabalho na construção civil: o “esforço alegre” sem a alegria do esforço. In: JACQUES; M.da G.; CODO; W. (Orgs). **Saúde Mental e trabalho**: leituras. Petrópolis: Voices, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo a saúde nos municípios/Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde- 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2011/Set/19/sus_3edicao_completo_190911.pdf> acesso em 30 jul. 2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Segurança e saúde no trabalho. **Análise de acidentes de trabalho**. Brasília: Ministério do Trabalho, 2001b.

CARMO, J.C. et al. Acidentes do trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Ateneu; 1995.

IRIART, J.A.B et al. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. **Ciência & saúde coletiva**. 17 Salvador, v.13, n.1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100021> acesso em 25 jul. 2013.

NETTINA, S. M. **Brunner**: Prática de Enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. v.1.

SANTANA, V.S.; OLIVEIRA, R.P. Saúde e trabalho na construção civil em uma área urbana do Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ), v.20, n.3, p.797-811, mai/jun, 2004. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/17.pdf>> Acesso em 15 jul. 2013.

SILVEIRA, C.A. et al. Acidentes de trabalho na construção civil identificados através de prontuários hospitalares. **Rev Esc Minas**, Ouro Preto (MG), v.58, n.1, p. 39-44, jan/mar, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-44672005000100007> Acesso em 18 jul. 2013.

VILELA, R.A.G. **Acidentes do trabalho com máquinas**: identificação de riscos e prevenção. São Paulo (SP): Central Única dos Trabalhadores, 2000.

Enviado em: setembro de 2013.

Revisado e Aceito: outubro de 2013.

**Perfil antropométrico de atletas de handebol da cidade de
Santa Maria–RS**
**Anthropometric profile of handball players from the city of
Santa Maria–RS**

ANDRÉ TOMAZETTI ROSSATO¹
SILMAR ZANON²

RESUMO: Este trabalho teve por objetivo estabelecer uma classificação em relação ao percentual de gordura dos atletas e através do fracionamento da composição corporal constatar os níveis de massa magra, massa gorda, estimar o peso ideal, redirecionar o treinamento físico das equipes e a ingestão calórica, além de estimar os níveis ideais de percentual de gordura para atletas de handebol. O estudo contou com a participação voluntária dos atletas de equipes masculina e feminina de handebol da cidade de Santa Maria. A amostra foi realizada com 13 atletas da equipe masculina e 14 da equipe feminina. A coleta de dados foi feita através de medidas antropométricas como dobras cutâneas, peso, estatura e IMC (índice de massa corporal) para determinar o percentual de gordura. O grupo masculino mostrou-se mais homogêneo do que o feminino. A equipe masculina encontra-se mais próxima de valores considerados ideais para atletas de handebol.

Palavras-chave: Avaliação, composição corporal, atletas, handebol.

ABSTRACT: This study aimed to establish a classification in relation to the percentage of fat in athletes and by fractionation of body composition observed levels of lean mass, fat mass, estimating the ideal weight, redirect the physical training of teams and caloric intake, and estimate the optimal levels of fat percentage for handball athletes. The study relied on voluntary participation of athletes from male and female teams of handball from the city of Santa Maria. The sample were performed with 13 male athletes and 14 team women's team. Data

¹Aluno de Pós-Graduação em Treinamento, Musculação e Atividade Física da Faculdade Ingá. Rua Prof. João Belém, n.22/304, Centro, Santa Maria, Rio Grande do Sul, CEP 97015-540. andrerossato@gmail.com

²Mestre em Ciência do Movimento Humano (UFSM), coordenador da Pós-Graduação em Treinamento, Musculação e Atividade Física da Faculdade Ingá.

collection were done through anthropometric measurements such as skinfold thickness, weight, height and BMI (body mass index) to determine the percentage of fat. The male group was more homogeneous than the female. The men's team is closer to values considered ideal for handball athletes.

Key-words: Assessment, body composition, athletes, handball.

INTRODUÇÃO

O Handebol de competição necessita bastante do uso de algumas capacidades físicas como velocidade, potência e resistência. O bom condicionamento destas capacidades proporciona ao atleta vitórias pessoais perante seus adversários e à equipe, a obtenção de resultados positivos.

Segundo Bayer (1987), o atleta de handebol deve possuir qualidades morfológicas e atléticas ao serviço de uma máxima mobilidade em todos os sentidos, para responder as exigências de diferentes situações de jogo. Portanto, para a formação de atletas que atendam estas necessidades, deve-se iniciar a busca dos mesmos pelo descobrimento e avaliação de cada um, uma vez que estes fatores determinam qualidades dominantes para uma orientação às aspirações máximas.

O excesso de gordura subcutânea em atletas proporciona dificuldade em maximizar essas capacidades durante os treinamentos e jogos, onde o tecido adiposo não teria função na melhora do desempenho dos atletas. Em contrapartida o percentual de massa muscular tem relação direta com os resultados nas partidas.

Recentes avanços no esporte têm mostrado existir um interesse no desenvolvimento de padrões morfofisiológicos que descrevem as qualidades e as características de atletas, sejam eles de elite ou em formação, em suas modalidades esportivas. Esta padronização tem considerável aplicação, pois desenvolve uma melhor compreensão do esporte e possibilita comparação de dados de atletas de elite com atletas em formação.

Sabe-se que é de suma importância à constatação dos índices da composição como percentual de gordura e massa muscular em atletas a fim de otimizar o desempenho e os resultados.

Tritschler (2003) afirmou que composições corporais indesejáveis prejudicam os muitos tipos de desempenhos esportivos. Por exemplo, a gordura corporal excessiva reduz a aptidão aeróbica e prejudica os movimentos realizados com o corpo todo, como saltos e

esquivas. O autor ainda relata que a avaliação da composição corporal é importante para monitorar a eficiência de programas de treinamento físico para atletas. Uma vantagem competitiva pode ser ganha pelo atleta que consegue alcançar um equilíbrio ótimo entre o peso de gordura e o peso da massa magra corporal para seu esporte em particular.

Segundo Silva et al. (2004), em geral um baixo conteúdo de massa gorda está associado ao bom desempenho em muitos atletas, o aumento da correlação negativa entre massa gorda e performance é essencial para atletas que praticam atividades onde devem se movimentar por um longo período bem como aqueles que se utilizam de saltos verticais e horizontais.

Este estudo teve por objetivo estabelecer um perfil do percentual de gordura de atletas de handebol das equipes masculina e feminina da cidade de Santa Maria a fim de possibilitar aos treinadores um direcionamento do treinamento físico das equipes. Para tal, foram avaliadas as medidas antropométricas dos atletas e classificados conforme os valores encontrados e por fim, feita a análise dos resultados de percentual de gordura. Justifica-se este estudo devido à inexistência de parâmetros específicos de percentual de gordura em atletas de handebol, necessidade de incentivar e controlar o seu consumo calórico e dedicação ao treinamento, avaliar a eficiência do treinamento físico no controle do percentual de gordura dos atletas, proporcionar subsídios para os treinadores redirecionarem os treinamentos e as exigências quanto ao consumo calórico diário dos atletas e auxiliar na obtenção de melhores resultados por parte das equipes através de uma melhor preparação física visando os níveis ideais de percentual de gordura.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa caracterizou-se como sendo do tipo descritiva. Com base nos procedimentos técnicos utilizados, o estudo classifica-se com sendo um levantamento.

Os instrumentos de medida utilizados foram: uma fita métrica de 150 cm com precisão de 1 mm para a medida da estatura, balança digital de banheiro marca CAMRY com precisão de 100g para a determinação da massa corporal, adipômetro CESCORF para a medida de dobras cutâneas. As dobras cutâneas mensuradas foram: subescapular (SE), tricipital (TR), peitoral (PT), axilar média (AM), supra-iliaca (SI), abdominal (AB), e coxa (CX).

População e amostra

Foi representado pelos atletas de equipes adultas, masculina e feminina de handebol da cidade de Santa Maria. Na equipe feminina a idade das atletas encontra-se na faixa de 17 a 29 anos, tendo também uma atleta de 41 anos. Na equipe masculina a faixa etária é de 17 a 30 anos.

A carga de treinamento da equipe feminina é de cinco vezes por semana, uma hora e meia por sessão. No masculino é de cinco vezes por semana, porém duas horas por sessão. No entanto a frequência ao treinamento não é total, havendo muitas ausências de alguns atletas durante a semana, prejudicando o planejamento dos treinos e interferindo diretamente nos índices da composição corporal dos mesmos. Isto acontece, pois os atletas possuem atividades paralelas ao treinamento como aulas, empregos, família, sendo estas responsáveis pela ausência nos treinamentos.

Variáveis do estudo

Para a estimativa da densidade corporal dos atletas da equipe masculina utilizou-se a equação desenvolvida por Petroski (1995, apud Glaner, 1996).

$$D=1,10038145-0,00035804(X7)+0,00000036(X7)^2-0,00025154(ID)$$

Onde: D: densidade corporal em g/ml; X7: somatório das dobras (SE+TR+PT+AM+SI+AB+CX) em mm; ID: idade em anos.

Para a estimativa da densidade corporal das atletas da equipe feminina foi utilizada a equação desenvolvida por Jackson et al. (1978, apud Petroski, 2003).

$$D=1,0970-0,00046971(X7)+0,00000056(X7)^2-0,00012828(ID)$$

Onde: D = densidade corporal em g/ml; X7: somatório das dobras (SE+TR+PT+AM+SI+AB+CX) em mm; ID: idade em anos.

Optou-se pela utilização destas equações devido às mesmas serem generalizadas para homens e mulheres. Calculou-se o percentual de gordura (%G) pela equação de Siri (1961, apud Glaner, 1996).

$$\%G = (495/D) - 450$$

Onde: D: densidade corporal em g/ml;

Para o cálculo do IMC, utilizou-se a equação da massa corporal (kg) dividida pela estatura (m) elevada ao quadrado (Kg/m^2):

$$\text{IMC} = \frac{\text{MC}}{\text{EST}^2}$$

Onde: IMC: índice de massa corporal (Kg/m^2); MC: massa corporal (Kg); EST: estatura (m).

Tratamento estatístico

Em seu estudo, Glaner (1996) encontrou valores ideais de percentual de gordura em atletas pan-americanos de acordo com o padrão de referência “abaixo da média” segundo a tabela de Morrow et al. (2003), ou seja, de 11 a 13% para homens de 18 a 25 anos e de 16 a 18% para homens de 26 a 35 anos. Para as mulheres os valores são de 21 a 23%, para 18 a 25 anos e de 22 a 23%, para 26 a 35 anos, conforme as Tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Valores do percentual de gordura para o sexo feminino.

Idade (anos)	18 – 25	26 – 35	36	–
Bem Magro	13 – 17	13 – 18	15	–
Magro	18 – 20	19 – 21	20	–
Abaixo da	21 – 23	22 – 23	24	–
Média	24 – 25	24 – 26	27	–
Acima da	26 – 28	27 – 30	30	–
Gordo	29 – 31	31 – 35	33	–
Muito Gordo	33 – 43	36 – 48	39	–

Fonte: Morrow et al. (2003. pg. 190)

Tabela 2. Valores do percentual de gordura para o sexo masculino.

Idade (anos)	18 – 25	26 – 35	36	–
Bem Magro	04 – 07	08 – 12	10	–
Magro	08 – 10	13 – 15	16	–
Abaixo da	11 – 13	16 – 18	19	–
Média	14 – 16	19 – 21	22- 24	–
Acima da	18 – 20	22 – 24	25	–
Gordo	22 – 26	25 – 28	27	–
Muito Gordo	28 – 37	30 – 37	30	–

Fonte: Morrow et al. (2003. pg. 190)

Os valores de IMC constam na tabela abaixo.

Tabela 3. Valores classificatórios para o IMC

FENÓTIPO	IMC
DESNUTRIÇÃO CRÔNICA	Abaixo de 12 kg/m ²
DESNUTRIÇÃO BAIXO PESO	12-18,5 kg/ m ²
NORMAL	18,5-20 kg/m ²
OBESIDADE GRAU I	20-25 kg/ m ²
OBESIDADE GRAU II	25-29,9 kg/ m ²
OBESIDADE GRAU III	30-39,9 kg/m ²
	Acima de 40 kg/ m ²

RESULTADOS

O grupo feminino apresentou uma idade média de 22,78 anos. Sendo que a mais nova tem 17 e a mais velha tem 41 anos. A estatura média do grupo foi de 1,68 cm, sendo a mais baixa com 1,54 cm e a mais alta com 1,84 cm. A média do peso ficou em 69,45 kg, sendo que a atleta de maior peso possui 112,5 kg e a de menor peso 55,3. O IMC do grupo teve como média 24,55, encontrando-se no nível “normal” conforme Tabela 1, sendo o maior IMC encontrado de 33,22 e o menor de 20,56. O percentual de gordura da equipe feminina tem como média 29,02%, encontrando-se no nível “gordo” (Tabela 1). O menor percentual encontrado foi de 20,30% e o maior de 39,87%.

Com relação ao IMC, as atletas dividiram-se nos seguintes níveis conforme Tabela 3: oito (08) atletas encontram-se na faixa “normal” do valor de IMC, quatro (04) na faixa de “obesidade grau I”, duas (02) atletas possuem IMC no nível “obesidade grau II”.

Com relação ao percentual de gordura, as atletas dividiram-se nos seguintes níveis conforme Tabela 1: uma (01) atleta encontra-se no nível “magro”, três (03) atletas no nível “abaixo da média”, três (03) atletas na “média”, uma (01) “acima da média”, duas (02) no nível “gordo”, e quatro (04) possuem percentual de gordura no nível “muito gordo”.

Tabela 4. Valores da Equipe Feminina

Idade	Est	Peso (kg)	IMC	% G
2	1,65	58,2	21,37	21,2
4	1,67	73,0	26,17	35,6
2	1,72	88,8	30,01	39,8
2	1,70	74,4	25,74	35,4
2	1,54	60,2	25,38	26,9
1	1,68	72,5	25,68	33,9
2	1,70	66,1	22,87	23,1
1	1,75	69,6	22,72	31,9
2	1,57	59,6	24,17	25,9
1	1,66	58,0	21,04	20,3
1	1,64	55,3	20,56	22,7
2	1,65	60,2	22,11	25,3
1	1,68	63,9	22,64	25,8
2	1,84	112,5	33,22	38,0
22,7	1,68	69,45	24,55	29,0

O grupo masculino apresentou uma idade média de 22,23 anos. Sendo que o mais novo tem 17 e o mais velho tem 30 anos. A estatura média do grupo foi de 1,81 cm, sendo o mais baixo com 1,66 cm e o mais alto com 1,95 cm. A média do peso ficou em 81,6 kg, sendo o atleta de maior peso o de 89,5 kg e o de menor peso 69,6 kg. O IMC do grupo tem como média 24,87, encontrando-se no nível “normal” (Tabela 3), o maior IMC encontrado de 29,10 e o menor de 22,01. O percentual de gordura da equipe masculina tem como média 14,33%, encontrando-se no nível “médio”, conforme Tabela 2. O menor percentual encontrado foi de 6,06% e o maior de 23,83%.

Com relação ao IMC, os atletas dividiram-se nos seguintes níveis conforme tabela 3: sete (07) atletas encontram-se na faixa “normal” do valor de IMC e seis (06) na faixa de “obesidade grau I”.

Com relação ao percentual de gordura, os atletas dividiram-se nos seguintes níveis conforme tabela 2: quatro (04) atletas encontram-se no nível “bem magro”, dois (02) atletas com percentual de gordura no nível “magro”, dois (02) atletas no nível “abaixo da média”, quatro (04) “acima da média” e um no nível “gordo”.

Tabela 5. Valores da Equipe Masculina.

Idade	Est (m)	Peso	IMC	% G
2	1,86	89,	25,87	7,71
2	1,88	79,	22,60	11,4
1	1,88	77,	22,01	9.01
2	1,66	71,	26,05	19.4
2	1,81	80,	24,54	19.1
1	1,71	85,	29,10	23.8
2	1,74	79,	26,26	15,8
2	1,82	86,	26,20	17.7
3	1,93	89,	24,00	16,2
2	1,71	69,	23,80	6.06
2	1,79	81,	25,37	19.9
1	1,95	88,	23,17	7.63
2	1,83	81,	24,43	12.3
22,2	1,81	81,	24,87	14,3

DISCUSSÃO

Equipe feminina

A média de idade é considerada razoavelmente baixa, porém há uma distância muito grande entre a atleta de menos idade e a de mais idade. Esta média constata que a equipe poderá ter prejuízos no que diz respeito à experiência de quadra. Existe uma variação muito grande em termos de idade. Isso pode dificultar na estruturação de vários aspectos do treinamento a conciliar diferentes necessidades e interesses.

Em termos de estatura, pode-se dizer que existe a necessidade de aumentar a média do grupo, buscando atletas com maior aporte nesse sentido. Há também uma distância muito grande entre a atleta mais alta e a mais baixa. Esta estatura média está bem abaixo das médias das equipes profissionais do país.

O peso médio das atletas é considerado baixo, talvez facilitado pela pouca estatura da equipe. Com exceção de duas atletas, o peso das demais encontra-se numa faixa aceitável.

O IMC da equipe feminina encontra-se na faixa superior da normalidade, com exceção de duas atletas bastante fora dos padrões aceitáveis. O IMC considera algumas atletas no peso ideal, enquanto o percentual destas está bastante elevado saindo da faixa ideal para atletas.

O percentual de gordura médio da equipe é bastante alto, ou seja, fora dos padrões considerados ideais para atletas. Apenas quatro atletas encontram-se com percentual de gordura ideal. Há também muita variação quanto à faixa de percentual de gordura que se encontram as atletas, ou seja, estão em seis diferentes níveis (magro, abaixo da média, média, acima da média, gordo e muito gordo). É visível a necessidade de uma dedicação maior do grupo feminino a um treinamento físico mais intenso, ou talvez alguns cuidados em relação às atividades “extra-quadra”.

Equipe masculina

A equipe masculina também tem uma média de idade baixa, porém é mais homogênea. A distância entre a idade do atleta mais novo e do mais velho é menor em relação ao feminino.

Em comparação à estatura de equipes profissionais e seleções pan-americanas, a média de altura da equipe é razoavelmente baixa, devendo aumentá-la, buscando também, atletas de maior estatura.

O peso médio da equipe também é baixo, sendo necessário um trabalho de aumento de volume muscular, para possibilitar uma maior capacidade de desenvolver força durante os jogos.

Os níveis de IMC são considerados aceitáveis para a maioria dos atletas. O IMC considera alguns atletas com “obesidade grau I”, porém estes possuem percentual de gordura de atletas ou até abaixo do ideal.

Oito atletas encontram-se com percentual de gordura aceitável e apenas quatro necessitam diminuir seu percentual. Um desses está bastante fora dos padrões. Isto confirma em parte a eficácia do treinamento físico da equipe masculina ou aos hábitos mantidos nos horários opostos aos treinos.

CONCLUSÃO

Em todos os aspectos o grupo masculino é mais homogêneo do que o feminino. A equipe masculina encontra-se mais próxima de valores considerados ideais para atletas de handebol.

O percentual de gordura corporal está diretamente relacionado com a espessura da dobra, sendo que se formos analisar um atleta somente através do peso e da altura, estaremos tirando conclusões precipitadas sobre sua composição corporal e percentual de gordura, bem como afirmar se o atleta está ou não acima do peso.

O IMC não se aplica para atletas, pois os valores encontrados de IMC e %G encontram-se numa faixa de classificação diferente,

dependendo da variável (IMC ou %G) levada em consideração.

A carga de treinamento é suficiente para manter o percentual de gordura em níveis aceitáveis para atletas, porém na equipe feminina, as ausências aos treinos relatados pelo treinador e a descuidos em relação a hábitos alimentares e atividades do cotidiano mantêm esse percentual de gordura elevado.

A ingestão calórica não respeita nenhuma restrição, pois os atletas não fazem dietas e não têm cuidados quanto à proporção de calorias ingeridas.

Talvez pela equipe não ser profissional, encontramos percentuais de gordura inadequados, onde os atletas mantêm atividades paralelas aos treinos, como empregos, estudos e família, e não conseguem fazer preparação física fora horário de treinamento, como por exemplo, musculação direcionada para o handebol.

Sugere-se a realização de outros estudos, com delineamento semelhante a este, abrangendo uma região maior, como em nível estadual ou em competições de grande relevância, em nível nacional

REFERÊNCIAS

- BAYER, C. **Técnica del balonmano**: la formación del jugador. Barcelona: Hispano Europea, 1987.
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- GLANER, M.F. **Morfologia de atletas pan-americanos de handebol masculino**. Dissertação de Mestrado. Santa Maria, 1996.
- MORROW, J.R. **Medida e avaliação do desempenho humano**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- PETROSKI, E.L. **Antropometria**: técnicas e padronizações. 2. ed. Porto Alegre: Pallotti, 2003.
- SILVA, A.T., FONSECA, P.H. **Composição corporal**. DCG 373. Santa Maria, 2004.
- TRITSCHLER, K. **Medidas e avaliação em educação física e esportes**. Barrow & McGee 5. ed. São Paulo: Manole, 2003.

Enviado em: outubro de 2013.

Revisado e Aceito: novembro de 2013.

**Prevalência do aleitamento materno exclusivo no Município
de Marialva-Paraná**
**Prevalence of breastfeeding in the city of Marialva-
Parana**

FRANCIELA RASIA MOLINA¹
NELLY LOPES DE MORAES GIL²
SILVIA VERIDIANA ZAMPONI VICTORINO³

RESUMO: Considerando os inúmeros benefícios que a Amamentação oferece para a Saúde Materna Infantil, este trabalho teve como objetivo investigar o período de amamentação exclusivo e as principais causas que influenciam o desmame precoce. O estudo foi conduzido no ano de 2011 a 39 mães que tiveram filho entre janeiro e junho de 2010, no Município de Marialva PR, durante as consultas mensais de puericultura, por meio de um questionário com 07 perguntas abertas e 10 objetivas relacionadas ao período de gestação e pós-gestação. A análise estatística descritiva revelou que 56% das mães receberam orientações sobre aleitamento materno durante o pré-natal. Em relação ao aleitamento materno exclusivo foi constatado que 62% amamentaram por 6 meses ou mais e 79% não amamentaram até os 2 anos como preconizado pela OMS. Entre as causas do desmame a maioria das mães, 25%, relatou que o leite “fraco/secou” e 23% afirmaram que a criança largou. Concluiu-se que a prevalência de aleitamento materno exclusivo até o 6º mês foi satisfatória, porém a amamentação até os 2 anos apresentou um baixo índice.

Palavras-chave: Aleitamento Exclusivo, Prevalência, Amamentação.

ABSTRACT: Considering the many benefits that breast feeding provides for the Maternal Child Health, this study aimed to investigate the duration of exclusive breastfeeding and the causes that influence early weaning.

¹Enfermeira, acadêmica do curso de especialização em Estratégia Saúde da Família da Faculdade Ingrid UNINGÁ

²Doutora em Doenças Tropicais - Faculdade de Medicina - UNESP – SP. Docente do Curso de Enfermagem – UNINGÁ. Coordenadora da Saúde Coletiva do Curso de Medicina da UNINGÁ

³Enfermeira, mestranda em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-UEM. Docente da Saúde Coletiva do Curso de Medicina da UNINGÁ. Rua Doralice Parpinelli 1507, Jardim Imperial, Marialva-PR. CEP-86990-000. veridianavictorino@ig.com.br.

The study was conducted during 2011-39 mothers who had children between January and June 2010, the City of Marialva PR during the monthly visits childcare, through a questionnaire with 07 open and 10 objective questions related to the period of pregnancy and post pregnancy. Descriptive statistical analysis revealed that 56% of mothers were educated about breastfeeding during prenatal care. In relation to exclusive breast feeding was found that 62% breastfed for 6 months or more and 79% did not breast feed until 2 years as recommended by WHO. Among the causes of weaning most mothers, 25% reported that milk "weak/dried" and 23% said they dropped the child. It was concluded that the prevalence of exclusive breast feeding until 6 months was satisfactory, but breastfeeding until 2 years had a low rate.

Key-words: Exclusive Breastfeeding, Prevalence, Breastfeeding.

INTRODUÇÃO

A amamentação é um dos temas amplamente trabalhados pelas equipes da Atenção Básica em todo país, devido à importância da mesma para o desenvolvimento saudável da criança e para a saúde da mulher. Inúmeros são os benefícios para a saúde infantil, como redução da morbidade por doenças infecciosas e a própria mortalidade infantil (HORTA, 2006, apud WHO). Além disso, o bebê que é amamentado conforme o recomendado tem menos chances de desenvolver diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares (PARIZOTTO, 2008).

A mãe também se beneficia com a amamentação, pois perde peso rapidamente, ganha durante a gravidez, fica protegida contra anemia, decorrente da amenorreia puerperal mais prolongada, apresenta menor incidência de câncer de mama e de ovário e também fica mais resistente a osteoporose (PARADA, 2005; PARIZOTTO, 2008).

Desde 1991, a Organização Mundial de Saúde, em associação com a UNICEF, tem vindo a empreender um esforço mundial no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno. As recomendações da Organização Mundial de Saúde relativas à amamentação são: as crianças devem fazer aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade, ou seja, até essa idade, o bebê deve tomar apenas leite materno e não deve dar nenhum outro alimento complementar ou bebida; a partir dos 6 meses de idade todas as crianças devem receber alimentos complementares (sopas, papas, etc.) e manter o aleitamento materno; as crianças devem continuar a ser amamentadas, pelo menos, até completarem os 2 anos de idade (UNICEF, 2012).

No Brasil, atualmente seguindo o preconizado pela OMS, a política Nacional de Aleitamento Materno tem como objetivo promover, proteger e apoiar a prática de aleitamento materno exclusivo até os seis meses e de complementação até os dois anos de idade ou mais (BRASIL, 2002). Apesar da importância do aleitamento materno, as taxas de amamentação no Brasil ainda são baixas, em especial a do aleitamento materno exclusivo (BERCINI, 2007).

O Ministério da Saúde realizou um levantamento em todas as capitais e Distrito Federal e em outros 239 municípios e que somou informações de 34.366 crianças – mostra que o tempo médio do período de Aleitamento Materno (AM) no país aumentou um mês e meio: passou de 296 dias, em 1999, para 342 dias, em 2008, nas capitais e Distrito Federal. O estudo também revelou um aumento do índice de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em crianças menores de quatro meses. Em 1999, era de 35%, passando para 52% em 2008 (BRASIL, 2012).

Em vista dos benefícios do aleitamento materno, surge a necessidade de investigar por quanto tempo as crianças são amamentadas exclusivamente e os fatores que levam ao desmame precoce, com a finalidade de contribuir na elaboração de projetos e campanhas para a promoção de aleitamento materno, levando a promoção e prevenção de Saúde.

Este trabalho tem por objetivo investigar o período de amamentação exclusivo e as principais causas que influenciam o desmame precoce, das crianças nascidas entre janeiro e junho de 2010 do município de Marialva-PR.

MATERIAL E MÉTODO

O estudo foi realizado em Marialva, um município de pequeno porte, com aproximadamente 32 mil habitantes, com o IDH de 0,784 localizado na região noroeste do Paraná, pertencente a 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas. Inicialmente foi realizado um levantamento no Hospital do Município, das crianças nascidas entre janeiro e junho de 2010. Em uma segunda etapa, foi aplicado um questionário, sempre pela mesma pessoa, mediante assinatura de Termo de Livre Consentimento, a 39 mães durante as consultas mensais na Clínica da Mulher do Município de Marialva-Pr e nos acompanhamentos de puericultura da Atenção Básica. Para tanto foi utilizado um instrumento com 07 perguntas abertas e 10 objetivas relacionadas ao período de gestação e pós-gestação. Foram excluídas as

mães que relataram ter apresentado algum tipo de contra indicação médica para a amamentação. Após coleta dos dados foi realizada análise estatística descritiva.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Ingá, protocolo nº 0136/11.

RESULTADOS

Os resultados encontrados estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1- resultados obtidos a partir do questionário aplicado as mães que tiveram filhos entre janeiro e junho de 2010.

Variáveis	Nº	%
Número de filhos		
1	20	51%
2	12	31%
3	05	13%
4 ou mais	02	05%
Escolaridade		
Analfabeta	0	0
Fundamental	16	41%
Médio	22	56%
Superior	01	03%
Amamentou exclusivamente até quantos anos?		
<2 meses	06	12%
3 a 5 meses	13	26%
6 meses	13	26%
7 e 8 meses	07	14%
Trabalha fora?		
Sim	19	49%
Não	20	51%
Renda da família mensal		
1 a 3 salários mínimos	36	92%
3 a 5 salários mínimos	03	08%
6 ou mais salários mínimos	0	0
Você foi amamentada? Por quanto tempo?		
Sim, não lembro	11	28%
Sim, até 2 meses	02	05%
Sim, de 2 à 6 meses	05	13%
Sim, de 6 meses à 1 ano	05	13%
Sim, até 1 ano ou mais	06	15%
Não	05	13%
Não sei	05	13%

Você amamentou seu filho mais velho?

Sim	16	41%
Não	03	08%
Não tem filho mais velho	20	51%

Onde fez o pré-natal?

Marialva-Clínica da Mulher	30	77%
Marialva-Hospital São Pedro	05	13%
Maringá	04	10%

Recebeu orientações sobre aleitamento materno durante o pré-natal?

Sim	22	56%
Não	17	44%

Tipo de parto

Normal	17	44%
Cesárea	22	56%

Idade no momento do parto

15-19 anos	05	13%
20-24 anos	09	13%
25-29 anos	06	15%
30-34 anos	14	36%
35>	05	13%

O parto foi

Particular	05	13%
Convenio	04	10%
SUS	30	77%

Teve intercorrências? Qual?

Não	33	85%
Sim, gêmeos	01	03%
Sim, descolamento de placenta	01	03%
Sim, PA elevada	04	09%

Esta amamentando?

Sim	08	21%
Não	31	79%

Amamentou exclusivamente até quantos meses

<2 meses	06	12%
3-5 meses	13	26%
6 meses	13	26%
7-8 meses	07	14%
>8 meses	11	22%

Quais os fatores que influenciaram o desmame?

Ainda amamenta	08	21%
Trabalho	04	10%
Leite fraco/secou	10	25%
Criança largou	09	23%
Mãe doente/remédio	03	08%
Mãe tirou	04	10%
Criança com problema	01	03%

Qual a atual alimentação da criança

AM+comida+mamadeira	04	10%
Mamadeira+comida	30	77%
AM+comida	04	10%
Comida	01	03%

DISCUSSÃO

Sabe-se que a administração de outros alimentos além do leite materno interfere negativamente na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade, além de aumentar o risco de infecções, podendo também diminuir a quantidade de leite materno ingerido e levar a menor ganho Ponderal (PARIZOTO, 2009).

A promoção do aleitamento materno deveria ser vista como ação prioritária para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças e de suas famílias (PARADAL 2005). Spyrides (2008) em sua pesquisa revela que o aleitamento com formulas aumenta as chances de a criança ficar obesa, e possivelmente adquirir diabetes pelo aumento de insulina no sangue.

A amamentação é um ato que vai além da simples alimentação da criança, ela consiste em uma relação entre Mãe e Filho, tendo ainda uma característica cultural, além da questão da transmissão de hábitos familiares que são passados as experiências vivenciadas por avós e demais ascendentes a seus descendentes. De acordo com Costa (2008), a amamentação é um comportamento humano complexo que contribui para a diminuição das taxas de morbidade e mortalidade infantil. Caldeira (2008), diz que bem como o habito de alimentar, a amamentação está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento e aos padrões culturais de uma determinada população, isso justifica a necessidade de estudos e estratégias regionais ou locais que permitam atuação mais eficaz de medidas de intervenção, após conhecer a realidade local.

O apoio representado por familiares, profissional e amigos influi na manutenção da lactação, o que foi retratado pelas orientações ou

comportamentos frente às intercorrências e/ou dificuldades (ICHISATO, 2006).

Os resultados encontrados no presente estudo demonstraram que 51% das mães eram primíparas, revelando que metade delas não tinha experiência com aleitamento materno. Em relação ao grau de escolaridade, 56% cursaram até o ensino médio, o que facilita o entendimento em relação à importância e benefícios do Aleitamento Materno repassado durante o pré-natal, já em Curitiba no trabalho de Baptista (2009), 41% apresentaram nível educacional médio e as demais, nível fundamental, mas isso não apresentou muita influência nos resultados.

Das mulheres entrevistadas 49% não trabalham fora, o que caracteriza que quase a metade das mães entrevistadas não tem como fator determinante para o desmame a questão do trabalho, o qual impõe algumas limitações. A renda familiar foi entre 1 à 3 salários mínimos em 96% dos casos, e para os casos de baixa renda a amamentação é um fator positivo, por ser uma alimentação com alta qualidade e não apresentar custo. Podemos comparar com os resultados da pesquisa realizada em Pelotas-RS em 2008, Silva (2008), que também apresentou a renda familiar de no máximo 3 salários mínimos entre a maioria dos entrevistados, sendo 68%. Cruz (2009) evidenciou que a escolaridade e a renda familiar também influenciam para o tempo de aleitamento materno.

A maioria das mães, 74% relatou ter sido amamentada. Este dado também interfere positivamente no processo de amamentação, pois a influência de avós é importante no período pós-parto, o qual é determinante, assim quando as mesmas tiveram experiências com a amamentação, podem apoiar o processo de amamentação de suas filhas transmitindo segurança e informações importantes para o desenvolvimento de habilidades. Em estudo realizado por Barreira (2004), foi percebido que a nutriz executa um processo consciente ou inconsciente de eleição de um membro familiar, que se mostra geralmente uniforme e obedece às características semelhantes: geralmente um membro mais velho, mais experiente, particularmente que já tenha vivenciado a maternidade.

Araújo (2008) observou que razões como doenças maternas, trabalho fora de casa, falta de leite e recusa do bebê em pegar o peito, talvez se deva ao fato da mulher atual ter um cotidiano mais ansioso e tenso, e possivelmente, também em virtude da ausência de um suporte cultural que havia em tempos passados, nas quais as avós transmitiam às

mães informações e um treinamento para as mesmas, em relação ao aleitamento materno.

Das multíparas (49%), 41% havia amamentado o primeiro filho isto é, já tinham experiência em amamentação e apenas 8% não havia amamentado. A percentagem de mães multíparas que tinham experiência prévia com a amamentação foi alta, porém quando consideramos a percentagem de primíparas e os 8% das multíparas que não havia amamentado, são 59% que não apresentam experiências, fato que pode dificultar a amamentação, pois as que não amamentaram provavelmente tiveram algum fator que influenciou em gestação(s) anterior(s) negativamente, e as primíparas não possuem habilidades em amamentar, tem que desenvolver. Este dado diverge com o encontrado no Rio de Janeiro no trabalho, Niquini (2007), que “Com relação à experiência em amamentar o último filho por seis meses ou mais, 63,9% das mães não a tinham”.

O Pré Natal de 77% das mães foi realizado na Clínica da Mulher da Secretaria de Saúde de Marialva, onde a equipe é formada por Enfermeiro e Médicos Ginecologistas, sendo referência de Pré-Natal para todas as equipes de Saúde da Família do Município. As demais realizaram o pré-natal no Hospital São Pedro - Marialva e em Maringá por meios particulares ou por convênios. Considerando que a grande maioria realizou o pré-natal em Unidade de Saúde Municipal, a qual dispõe de profissionais e materiais pedagógicos para orientar as gestantes em relação ao aleitamento materno, a percentagem de 56% que afirmaram ter recebido orientações é um número aquém do necessário, por se tratar de orientações que fazem parte do pré-natal. Segundo Demito (2010), durante a assistência pré-natal, as mulheres devem ser informadas dos benefícios da amamentação, das desvantagens do uso de leites não humanos e devem ser orientadas quanto às técnicas da amamentação, para aumentar a sua habilidade e confiança.

A falta de conhecimentos e de habilidades no manejo clínico, necessários para dar suporte e apoio às mães, de forma a enfrentar adequadamente as inúmeras situações que se apresentam, em especial nos primeiros dias pós-parto, pode ter influencia negativa no estabelecimento e na manutenção do aleitamento materno exclusivo (COSTA, 2009).

Quanto ao tipo de parto, 56% das mães afirmaram ter parto cesárea, sendo que somente 15% tiveram algum tipo de intercorrência durante a gestação, o que não está de acordo com o preconizado pela Organização Mundial da Saúde, que partos cesáreos não devem

ultrapassar 15% do total de nascimentos (SAÚDE BRASIL 2004). Tendo em vista que a maioria teve seu parto realizado pelo SUS, somente 23% não foram, diverge com o encontrado por Gurgel (2009) que o maior número de partos normais ocorre em hospitais conveniados ao SUS, não nos dando uma explicação concreta para a alta incidência de partos cesárea. Analisando sobre outro aspecto podemos verificar que apesar do citado acima que é preconizado no Sistema único de Saúde-SUS, um estudo realizado em 2002, demonstra que o Brasil deixou o primeiro lugar em índice de cesáreas passando para a segunda colocação ficando para traz do Chile, temos que em 2002 o índice de cesárea no Brasil foi de 39,7% (KAC, 2007).

O maior número de gestação foi em mulheres adultas, sendo somente 13%, entre 15 e 19 anos, o que significa que está abaixo da média nacional, evidenciando que ocorre planejamento familiar e as mulheres estão se tornando mães com mais responsabilidade. Isto contribui para a amamentação, pois a mulher adulta apresenta maior maturidade. Em 2007 ocorreram 2.795.207 de nascimentos no país, dos quais 594.205 (21,3%) foram de mães com idade entre 10 e 19 anos. No entanto, a tendência da gravidez na adolescência é de redução. Isto por conta das campanhas em relação ao uso de preservativo, da disseminação da informação sobre métodos anticoncepcionais e maior acesso, além da participação da mulher no mercado de trabalho. (Ministério da Saúde, 2012). Foi considerado adolescente até 19 anos porque segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência é o período entre 10 e 19 anos de idade (CONTI, 2005).

Em relação ao aleitamento materno, a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde recomendam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e até os dois anos de idade, associado às verduras, cereais, carnes, legumes, frutas e grãos. Essa introdução de alimentos deve ser gradativa, pois é com seis meses de idade que o bebê adquire maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos. Porém, a realidade está distante do recomendado (PARIZOTTO 2008).

A realidade encontrada em nossa pesquisa foi de que entre as mães apenas 21% ainda estão amamentando, 79% não amamentam mais, um número baixo considerando que o preconizado pela OMS é aleitamento materno até os 2 anos, exclusivo nos primeiros 6 meses e após complementando a alimentação, lembrando que quando aplicado o questionário as crianças estavam entre 14 e 20 meses.

Quanto ao aleitamento materno exclusivo foi levantado que 62% amamentaram exclusivamente por 6 meses ou mais. Este dado revela um resultado satisfatório, pois comparando com outros locais, como por exemplo, Curitiba a cidade teve uma média de 8,4% que amamentaram seu filho até o sexto mês com leite materno exclusivo, já em Porto Alegre-RS a média foi de 6,5% e Florianópolis-SC foi 14,9%. (SENA, 2007). Em Maringá, tivemos resultado para AME em menores de quatro e seis meses, foi de 32,7% e de 25,3%, respectivamente (BERCINI, 2007). Em outro estudo realizado na cidade de Bauru-SP, o Aleitamento Materno Exclusivo aumentou significativamente em 7 anos, em 1999 estava em 8,5% e em 2006 24,2% (PARIZOTO, 2009).

O resultado positivo foi influenciado por uma somatória de fatores já citados, como a maioria das mães foram amamentadas, as multíparas em sua grande maioria havia amamentado os filhos mais velhos, mais da metade cursaram até o ensino médio, quase a metade não trabalha fora, o maior número de gestação foi em mulheres adultas e ainda é preciso considerar que a pesquisa foi aplicada em mães usuárias do Sistema Único de Saúde-SUS. É pertinente citar que o índice de amamentação exclusiva até o sexto mês foi maior do que o índice de mães que receberam orientações durante o pré-natal, o que primeiro confirma que um resultado satisfatório não depende apenas de um fator e sugeri que se aumentarem as orientações durante a assistência ao pré-natal há chance de melhorar a prevalência da amamentação exclusiva até o sexto mês.

Vários fatores têm contribuído concretamente para a baixa frequência da prática de aleitamento materno atual, e entre elas a dificuldades enfrentadas pelas mulheres quanto ao acesso aos serviços especializados, com profissionais qualificados para atendimento à mãe e ao seu filho, nesta fase de vida, após a alta hospitalar. (SILVA, 2000).

Entre as causas do desmame 25% das mães relatou que foi por leite “fraco/secou” e 23% porque a criança largou, também foi relatado o trabalho, por doença materna e/ou uso de medicamento, mãe tirou, e criança com problema de saúde. Em um estudo realizado por Barros (2009) observou-se que o choro do bebê era considerado uma das principais causas de desmame sendo atribuído pelas mães à “fome”, e ao “leite fraco” ou como “não sustenta”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se dizer que a prevalência de aleitamento materno exclusivo até o 6º mês no município de Marialva foi satisfatória em relação ao

encontrado a nível nacional, porém a maioria das mães não amamentaram até os dois anos. Em relação à orientação sobre Aleitamento Materno no pré-natal ainda encontra-se aquém do esperado.

REFERÊNCIAS

As **50 maiores cidades do Paraná**. Disponível em <<http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=704562>>. Acessado em Março, 2012.

ARAUJO, O.D. et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev Bras Enferm**, Brasília v. 61, n. 4, jul./ago. p. 488-92, 2008.

BARREIRA, S.M.C.; MACHADO, M.F.A.S. Amamentação: compreendendo a influencia do familiar. **Acta Scientiarum. Health Sciences** Maringá, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2004.

BARROS, V.O. et al. Aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no programa de saúde da família. **Nutrire: Rev Soc Bras Alim Nutr J Brazilian Soc Food Nutr**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 101-14, ago. 2009.

BERCINI, L.O. et al. Alimentação da criança no primeiro ano de vida, em Maringá, PR. **Cienc Cuid Saúde**. v. 6, Supl. 2, p. 404-10, 2007.

BAPTISTA, G.H.; ANDRADE, A.H.H.K.G.; GIOLO, S.R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 596-604, mar., 2009.

CALDEIRA, A.P.; FAFUNDES, G.C.; AGUIAR, G.N. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. **Rev Saúde Pública** v. 42, n.6, p.1027-33, 2008.

CONTI, MA.; FRUTUOSO, M.F.P., GAMBARDELLA, A.M.D. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. **Rev Nutr** Campinas. v. 18, n. 4, p.491-497, jul./ago., 2005.

COSTA, A.R.C.; TEODORO, T.N; ARAUJO, M.F.M. Análise dos conhecimentos e da prática de profissionais de saúde na promoção e no apoio à amamentação: estudo de revisão. **Com Ciência Saúde**. v. 20, n. 1, p. 55-64, 2009.

CRUZ, S. et al. Orientações sobre amamentação: a vantagem do Programa de Saúde da Família em municípios gaúchos com mais de 100.000 habitantes no âmbito do PROESF. **Rev Bras Epidemiol** v. 13, n. 2, p. 259-76, 2010.

DEMITTO, M.O. et al. Orientações sobre aleitamento materno na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. **Rev Rene**, v. 11, n. esp., 2010. p. 223-9, 2010.

GURGEL, R.Q. et al. Características das gestações, partos e recém-nascidos da região metropolitana de Aracaju, Sergipe. **Rev Bras Saúde Matern Infant** Recife, v. 9, n.2, p. 167-177, abr./jun., 2009.

HORTA, B.L. et al. Duraçãoda amamentação em duas gerações. **Rev Saúde Pública** v. 41, n.1, p. 13-18, 2007.

ICHISATO, S.M.T.; SHIMO, A.K.K. Vivência da amamentação: lactogogos e rede de suporte. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 5, n. 3, p. 355-62, set./dez., 2006

KAC, G. et al. Fatores associados à ocorrência de cesárea e aborto em mulheres selecionadas em um centro de saúde no município do Rio de Janeiro. **Rev Bras Saúde Matern Infant** Recife, v.7, n. 3, p. 271-280, jul./set., 2007.

NIQUINI, R. B. et al. Fatores associados à introdução precoce de leite artificial, Município de Rio de Janeiro, 2007. **Rev Bras Epidemiol** v. 12, n. 3, p. 446-57, 2009.

PARADA, C.M.G.L. et al. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo Programa de Saúde da Família-PSF. **Rev Latino-Am. Enfermagem** v.13 n.3. Ribeirão Preto maio/jun.2005.

PARIZOTO, G. . et al. Tendências e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. **Jornal de Pediatria**. v. 85, n. 3, p. 201-208, 2009.

PARIZOTO, J.; ZORZI, N. T. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **O Mundo da Saúde** São Paulo v. 32, n. 4, p. 466-74, 2008.

PORTAL DA SAUDE. **Gravidez na adolescência**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33728&janela=1> Acessado em fevereiro de 2012. Ministério da Saúde, 2012.

PORTAL DA SAUDE. **Tempo médio de aleitamento materno aumenta de 296 para 342 dias em nove anos**. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10429. Acessado em março 2012.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAUDE. **Saúde reprodutiva: gravidez, assistência pré-natal, parto e baixo peso ao nascer**. Ministério da Saúde, Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde, 2004.

SENA, M.C.F.; SILVA E.F.; PEREIRA, M.G. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. **Rev Assoc Med Bras** v. 53, n. 6, p. 520-4, 2007.

SILVA, M.B. et al. Influência do apoio à amamentação sobre o aleitamento materno exclusivo do bebês no primeiro mês de vida e nascidos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant** Recife, v. 8, n. 3, p. 275-284, jul./set., 2008.

SILVA, I.A. Enfermagem e aleitamento materno: combinando praticas seculares. **Rev Esc Enf USP**, v.34, n.4, p. 362-9, dez., 2000.

SPYRIDES, M.H.C. et al. Efeito da duração da amamentação predominante no crescimento infantil: um estudo prospectivo com modelos não lineares de efeitos mistos. **Jornal de Pediatria**. v. 84, n. 3, 2008.

UNICEF. **The Baby-Friendly Hospital Initiative**. Disponível em <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm> Acesso em 20 de março de 2012.

Enviado em: junho de 2013.

Revisado e Aceito: agosto de 2013.

Farmacovigilância: caracterização das notificações em um Hospital Escola do Interior de São Paulo
Pharmacovigilance: characterization of the notifications in a School Hospital of the Interior of Sao Paulo

ARIADNE SPADOTI¹
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA²
MELINE ROSSETTO KRON³
SIMONE FERNANDA GONÇALVES⁴

RESUMO: O estudo tem como objetivo identificar e analisar as notificações referentes à farmacovigilância encaminhadas a gerência de risco de um hospital escola do interior de São Paulo, no período de 2007 a 2008. Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo e observacional. Foi realizado um levantamento retrospectivo dos tipos de medicamentos, setores e número de notificações ocorridas no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008, a partir do banco de dados da Gerência de Risco Sanitário Hospitalar de um hospital escola do interior de São Paulo, incluindo todas as notificações espontâneas ou resultantes de buscas ativas, notificadas à ANVISA e fabricantes. A prática de notificação na área de Farmacovigilância vem se desenvolvendo gradativamente e esse processo vem se consolidando com atitudes de profissionais responsáveis e comprometidos com o sistema, oferecendo assim, maiores informações para melhor regulamentação do mercado farmacêutico brasileiro. Contudo é necessário que haja a implantação de outras estratégias, como focar em uma educação continuada para os funcionários atuante nos cuidados, elaborar um plano com ênfase na educação de residentes e outros profissionais que em breve serão inseridos no mercado de trabalho

Palavras-chave: Farmacovigilância, Eventos adversos, Medicação.

¹Aluna do curso de Pós-graduação em Formação Pedagógica para Docência pela Uningá – unidade de Botucatu/SP - Endereço: Carlos Guadanini, 914, Chácara dos Pinheiros – CEP: 18610-120, Botucatu – São Paulo, e-mail: ariadnespadoti@hotmail.com

²Professora Assistente - Doutora do Depto de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu/SP - UNESP

³Enfermeira Aprimoranda do Programa de Aprimoramento Profissional de Enfermagem em Hematologia e Hemoterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu/SP - UNESP

⁴Enfermeira da Faculdade de Medicina de Botucatu- UNESP.

ABSTRACT: The study aims to identify and analyze notifications of pharmacovigilance risk management referred to a teaching hospital in São Paulo in the period 2007 to 2008. It is a quantitative study, retrospective and observational. We conducted a retrospective survey of the types of medicines, sectors and number of notifications during the period January 2007 to December 2008, from the database of the Health Risk Management, Hospital a teaching hospital in Sao Paulo, including all spontaneous or the result of active search, notified to the ANVISA and manufacturers. The practice of reporting in the area of pharmacovigilance has developed gradually and this process has been consolidated with attitudes of managers and professionals committed to the system, thus providing more information for better regulation of the Brazilian pharmaceutical market. However it is necessary to ensure the implementation of other strategies, such as a focus on continuing education for employees active in care, develop a plan with emphasis on educating residents and others who will soon be inserted into the labor market.

Key-words: Pharmacovigilance, Adverse Events, Medication.

INTRODUÇÃO

A rede de Hospitais Sentinela foi criada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tendo como finalidade ampliar as formas de avaliação do desempenho de produtos de saúde pós-comercialização com intuito de fazer as revalidações subseqüentes ou a retirada de produtos do mercado. Essa rede possui uma parceria com hospitais de grande porte, distribuídos em todo o país, que realizam procedimentos de diversas especialidades médicas, atuando em quatro áreas: Farmacovigilância, Tecnovigilância, Hemovigilância e Saneantes (BRASIL, 2010).

Dentre essas áreas, a Farmacovigilância, no âmbito pós-registro, busca garantir a efetividade, segurança e qualidade dos fármacos por meio das notificações de reações adversas, queixas técnicas e relatos de inefetividade terapêutica, e para tal objetivo, vem implementando metas e ações para o desenvolvimento de diretrizes que possam assegurar o controle de riscos e qualidade de medicamentos comercializados e disponibilizados no mercado farmacêutico brasileiro, por meio de notificações de suspeita de reações adversas que pode provocar conseqüências indesejáveis e inesperadas que aumentam

significativamente o tempo de internação do paciente ou até mesmo o leva ao óbito (ROZENFELD, 2007).

Essas notificações podem ser feitas por qualquer profissional de saúde por meio de preenchimento correto de uma ficha pré estabelecida onde consta todos os dados pertinentes ao ocorrido, como data, medicação suspeita, via de administração, tempo de administração, medicamentos concomitantes, história prévia do paciente e condutas adotadas após a identificação do ocorrido, mantendo sempre em sigilo dados particulares do paciente.

Essas notificações são encaminhadas ao gerente de risco, que analisa o caso e notifica a ANVISA, que é o órgão responsável pela tomada das providências necessárias à situação, controlando ou eliminando o risco aos profissionais e pacientes a esses produtos (BRASIL, 2010). Além da ANVISA, há a realização da notificação à empresa fabricante do fármaco.

O encaminhamento dessa notificação ao gerente de risco pode ocorrer de duas maneiras: por meio da busca ativa, caracterizada por um rastreamento realizado por alunos da graduação de Enfermagem e Medicina, que realizam visitas semanalmente em área previamente designada, afim de elaborarem e/ou recolherem notificações pertinentes à todas as unidades hospitalares; e por busca espontânea, onde os próprios profissionais encaminham as fichas de notificação para a gerência de risco, sendo por impresso ou por meio eletrônico disponível na intranet da instituição.

Segundo Bezerra (2009), considerando que o ambiente hospitalar concebe um local com referência de falhas e acidentes, tecnologias, presenças de profissionais em excesso prestando serviço ao mesmo paciente.

OBJETIVOS

Identificar e analisar as notificações referentes à fármaco vigilância encaminhadas a gerência de risco de um hospital escola do interior de São Paulo, no período de 2007 a 2008.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo e observacional.

Foi realizado um levantamento retrospectivo dos tipos de medicamentos, setores e número de notificações ocorridas no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008, a partir do banco de dados da

Gerência de Risco Sanitário Hospitalar de um hospital escola do interior de São Paulo, incluindo todas as notificações espontâneas ou resultantes de buscas ativas, notificadas a ANVISA e fabricantes. Foi considerada Notificação Espontânea aquela realizada pelos profissionais de saúde e encaminhada diretamente à Gerência de Risco e Busca Ativa aquela obtida em visitas semanais, realizadas nas Unidades hospitalares por estagiárias do curso de graduação em Enfermagem. A coleta de dados foi realizada no período de junho a dezembro de 2009.

As ocorrências em Farmacovigilância foram identificadas e classificadas em queixa técnica (desvio de qualidade), ineficácia terapêutica e Reação Adversa ao Medicamento.

Os dados foram tabulados e realizada a análise descritiva dos dados, a partir de tabelas de distribuição de frequências absoluta e relativa.

Foram preservados os aspectos éticos previstos na Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas, no período em estudo, um total de 131 notificações, das quais 59% (78) referentes a queixas técnicas, 31% (41) a ineficácia terapêutica e 9% (12) a Reação Adversa a Medicamento (Gráfico 1). Isso evidencia a necessidade de notificação de problemas relacionados aos medicamentos. Além disso, os medicamentos representam de 25% a 40% dos gastos nos serviços de saúde, sendo fundamentais em qualquer sistema operacional por auxiliarem na melhora e preservarem a vida do paciente, auxiliando na resolubilidade dos problemas (GUERRA; EDAIS, 2008).

As queixas técnicas são definidas como desvio de qualidade relacionado a produtos de saúde com diminuição dos parâmetros de qualidade, não sendo de responsabilidade do profissional em atividade (MASTROIANNI; LUCCHETTA, 2011). Elas são mais fáceis de serem identificadas, justificando a maior porcentagem de notificações.

A eficácia terapêutica pode ser afetada quando não ocorre equilíbrio químico e físico do medicamento, o que poderá alterar o efeito terapêutico do medicamento. Deste modo, torna-se imprescindível, ao se reconstituir ou diluir medicamentos, que se avalie a hora do preparo, que se certifique do prazo de estabilidade pós-reconstituição/diluição, o qual pode sofrer alteração quando o profissional prepara o medicamento com

muita antecedência ao horário em que será administrado, ou prepara os medicamentos sem considerar protocolos de diluição. Esses são aspectos mais rotineiros no cotidiano de trabalho de um hospital e que inibem a prevenção do erro e a garantia da segurança na terapia medicamentosa (MASTROIANNI; LUCCHETTA, 2011). Porém, em nossos dados foram observadas apenas 31% das notificações por ineficácia terapêutica, o que evidencia a necessidade de adoção de estratégias para a busca de ocorrências nessa área.

A Reação Adversa a Medicamento (RAM) é caracterizada como a ocorrência de algum sintoma que ocorre pelo uso de um medicamento que seja maléfica ao organismo e não de forma proposital, e que ocorra com o uso em dosagens normalmente utilizadas em seres humanos para prevenção, diagnóstico ou terapia de doenças (GUERRA; EDAIS, 2008). Em nosso estudo foi observada uma pequena porcentagem de ocorrência de RAM (9%), o que mostra a necessidade também de adoção de estratégias para melhoria das notificações.

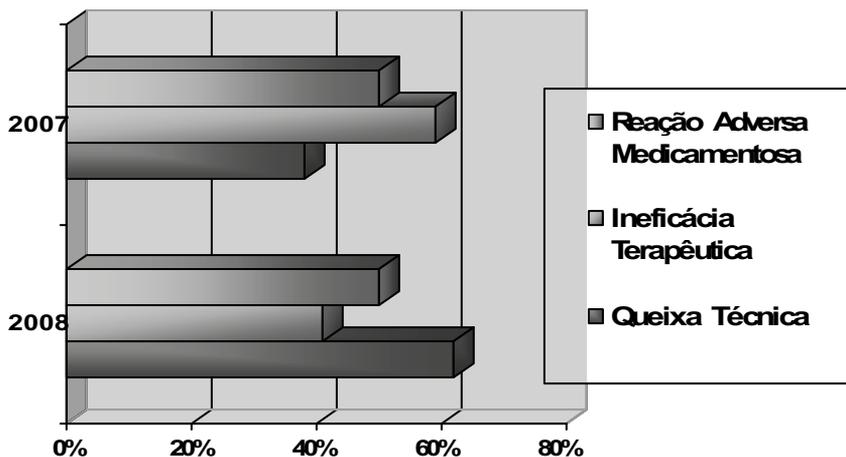


Gráfico 1. Distribuição das notificações de Farmacovigilância, segundo tipo, nos anos de 2007 e 2008.

Destas notificações, 44% (58) foram realizadas por busca ativa, 52% (68) espontânea e 4% (5) busca ativa e espontânea (gráfico 2). Isso evidencia a importância da adoção da estratégia de busca ativa, que

contribui para a identificação de queixas técnicas, ineficácia terapêutica e RAM.

Guerra e Edais (2008) relataram que o sistema de Farmacovigilância deve estimular a participação de todos os profissionais de saúde, envolvidos na assistência aos pacientes, encorajando-os e os estimulando a observar e notificar quaisquer reações, a fim de conhecer com mais exatidão a realidade, bem como auxiliar a tomada de resoluções futuras.

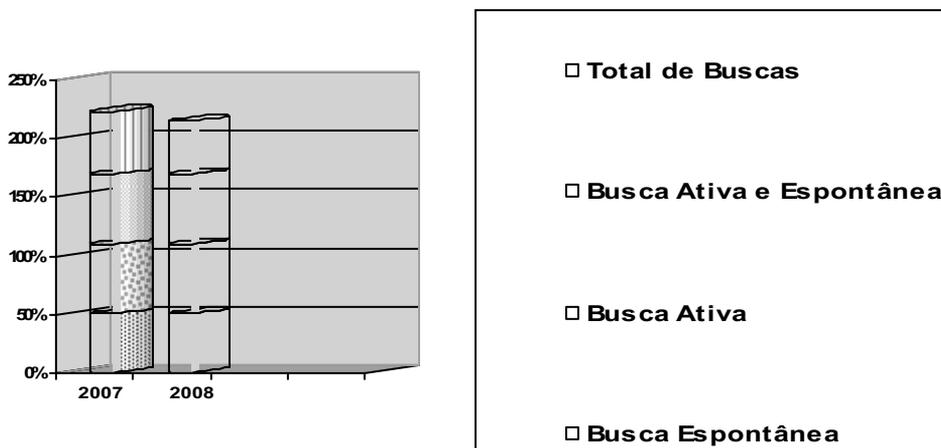


Gráfico 2. Distribuição das notificações de Farmacovigilância, segundo tipo de busca, nos anos de 2007 e 2008.

Neste período, os tipos de medicamentos mais notificados foram 26% (34) anestésicos, 17% (21) analgésicos, 8% (8) estimuladores cardíacos, 5% (7) medicamentos que auxiliam na hidratação do paciente, 4% (6) terapêuticos eletrolíticos, 4% (6) antibióticos, contra infecção 3% (4) e outros 33% (45), conforme dados apresentados no gráfico 3.

Acredita-se na maior incidência de notificações dos anestésicos se deve ao fato da sua utilização em procedimentos médicos como cirurgias ou exames diagnósticos, identificando e tratando eventuais alterações das funções vitais, tendo em vista que o presente hospital realiza preferencialmente atendimento em nível terciário.

Os analgésicos seguem em segundo lugar por se tratarem de drogas não-esteróides antiinflamatórias, incluindo uma gama imensa de medicamentos utilizados para aliviar a dor, de uso imprescindível em um serviço de saúde.

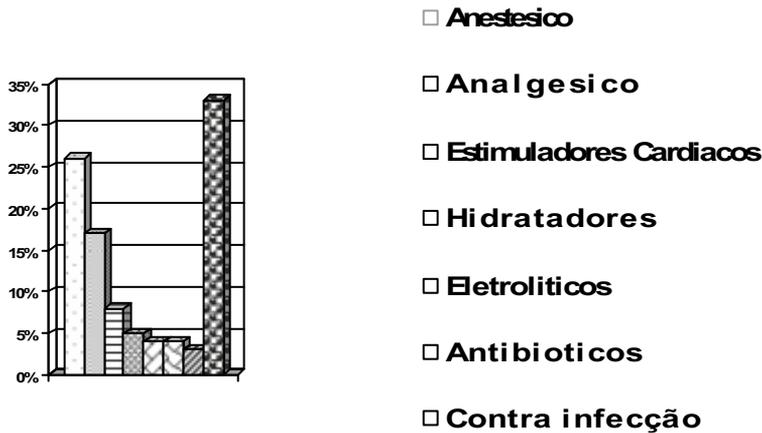


Gráfico 3. Distribuição das notificações de Farmacovigilância, segundo tipo de medicamentos mais notificados, nos anos de 2007 e 2008.

Das 49 unidades hospitalares existentes, 29 notificaram problemas com medicamentos. Os setores responsáveis pelas notificações foram: farmácia (30%), centro cirúrgico (19%), UTI Coronariana (6%), endoscopia (4%) e outras (41%), conforme dados apresentados no gráfico 4. Fica demonstrado que as unidades que mais notificam são as que mais utilizam os medicamentos notificados quer seja por realizarem grande número de procedimentos como por dispensarem os mesmos no caso do setor de farmácia.

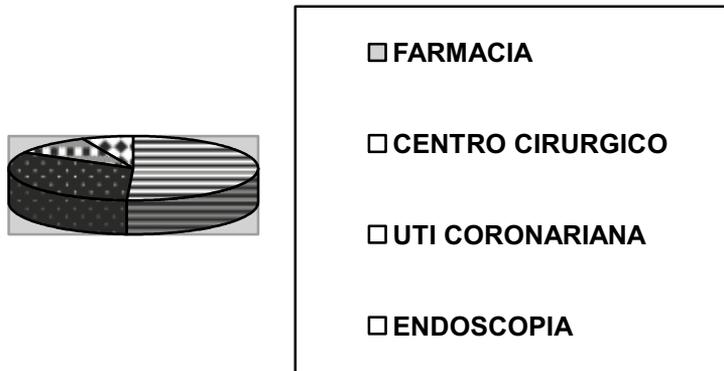


Gráfico 4. Distribuição das notificações de Farmacovigilância, segundo as unidades hospitalares, nos anos de 2007 e 2008.

CONCLUSÃO

A prática de notificação na área de Farmacovigilância vem se desenvolvendo gradativamente e esse processo vem se consolidando com atitudes de profissionais responsáveis e comprometidos com o sistema, oferecendo assim, maiores informações para melhor regulamentação do mercado farmacêutico brasileiro.

Contudo, apresentada a complexidade do tema, a ativa participação de todos os profissionais de saúde torna-se absolutamente imprescindível. É evidente a necessidade de uma cultura que alente a divulgação dos erros, como falhas, ocorrência de eventos adversos, queixa técnica entre outros, em vez de silenciar-se. Algumas estratégias já vêm sendo praticadas, como a implantação dos Hospitais-Sentinelas que busca detectar precocemente os sinais, monitorar os medicamentos comercializados sendo eles, nacionais e internacionais. É de extrema necessidade que o trabalho de busca ativa realizada por estagiários do PHS da graduação seja mantido, pois facilita a comunicação com o Gerente de Risco, para tomada de decisão pertinente a situação, dado a falta de tempo que os profissionais encontram para encaminhar diretamente as notificações. É necessário que haja a implantação de outras estratégias, como focar em uma educação continuada para os funcionários atuante nos cuidados, elaborar um plano com ênfase na educação de residentes e outros profissionais que em breve serão inseridos no mercado de trabalho, elaborar um link eletrônico para promover os relatos via Internet como elaboração de boletins periódicos de acesso livre à todos profissionais e usuários interessados.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, A.L.Q. et al. Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela. **Rev Enfermagem UERJ**, v. 17, n.4, p. 467-72, 2009.

BOHOMOL, E.; RAMOS, L.H. Percepções sobre o erro de medicação: análise de respostas da equipe de enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 14, n.6, p. 887-92, 2006.

BRASIL. **Associação Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. 2010. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinelahistorico.htm>. Acessado em 29-01-2010.

BRASIL. **Associação Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. 2010. Disponível em http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/participacao_profissionais.htm Acessado em 29-01-2010.

GUERRA, H.C.P.; EDAIS, V.L.P. Reações adversas a medicamentos: conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em um hospital-sentinela de ensino do Ceará-Brasil. **Epidemiol Serv Saúde** v. 20, n.1, p. 57-64, 2008.

MASTROIANNI, P.C.; LUCCHETTA, R.C. Regulação sanitária de medicamentos. **Rev Ciênc Farm Básica Apl** v.32, n.1, p. 127-32, 2011.

ROZENFELD, S.; Agravos provocados por medicamentos em hospitais do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n.1, p. 108-15, 2007.

Enviado em: janeiro de 2012.

Revisado e Aceito: novembro de 2012.

Análise de casos confirmados de sífilis congênita no estado do Mato Grosso do Sul período de 2008 a 2010
Analysis of confirmed cases of congenital syphilis in the state of Mato Grosso do Sul in the period from 2008 to 2010

ALINA PAULA DE CARVALHO MARTELLI¹
GABRIELA GONÇALVES DE OLIVEIRA²
TATIANA REICHERT DA SILVA ASSUNÇÃO³

RESUMO: A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, ocasionada pela bactéria *Treponema pallidum* e que pode ser transmitida pela via sexual e transplacentária. A sífilis congênita é uma disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. A transmissão da sífilis geralmente pode ocorrer em qualquer fase da gestação, independente do estágio que a doença se encontra. O presente estudo teve como objetivo analisar os casos confirmados de sífilis congênita no estado do Mato Grosso do Sul no período de 2008 a 2010. Através dos registros obtidos do DATASUS verificou-se que durante o ano de 2008 houve 65 casos, em 2009 houve 73 casos e no ano de 2010 houve somente 15 casos confirmados de sífilis congênita no Estado do Mato Grosso do Sul. Conforme as análises realizadas durante o trabalho, enfatiza-se a importância de realizar o acompanhamento de pré-natal em mulheres grávidas, prevenindo dessa forma a proliferação de casos de sífilis.

Palavras-chave: sífilis congênita, gestantes, Mato Grosso do Sul.

ABSTRACT: Syphilis is a systemic infectious disease, caused by the bacterium *Treponema pallidum* and can be transmitted sexually and

¹ Bacharel em Biomedicina. Discente do Programa de Pós-Graduação em Análises Clínicas com Ênfase em Toxicologia e Forense da UNINGÁ/MAXPÓS/Dourados-MS.

¹ Bacharel em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Estadual de Londrina, (1997). Mestre em Patologia Experimental pela Universidade Estadual de Londrina (2004). Doutora em Patologia Experimental pela Universidade Estadual de Londrina (2011).

¹ Bacharel em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Estadual de Londrina, (2007). Especialização em Especialização em Análises Clínicas. (2009) Mestrado em Patologia Experimental (2010).

transplacentally. Congenital syphilis is a hematogenous spread of the *Treponema pallidum* of pregnant women untreated or inadequately treated for their fetus, via the placenta. The transmission of syphilis can often occur at any stage of pregnancy, regardless of the stage that the disease is. The present study aimed to analyze the confirmed cases of congenital syphilis in the state of Mato Grosso do Sul from 2008 to 2010. Through the records obtained DATASUS found that during 2008 there were 65 cases in 2009 there were 73 cases and in 2010 there were only 15 confirmed cases of congenital syphilis in the state of Mato Grosso do Sul According to analyzes carried out in work, emphasizes the importance of follow up antenatal pregnant women, thus preventing the proliferation of cases of syphilis.

Key-words: congenital syphilis, pregnant women, Mato Grosso do Sul.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa de evolução crônica, descrita há mais de 500 anos, causada pelo *Treponema pallidum* e, atualmente no Brasil e no mundo, tem tornado-se um grande problema de saúde pública (KOMKA; LAGO, 2007). A sífilis é transmitida principalmente através do ato sexual, podendo evoluir, quando não tratada, para estágios que afetam a pele e diversos órgãos internos (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2008).

A sífilis congênita é uma disseminação hematogênica do *T. Pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu filho, pois atravessa a placenta independente em que estágio da doença a gestante se encontra (SECRETARIA DE SAUDE DE SÃO PAULO, 2008). A sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória desde 1986, devendo ser preenchida uma ficha contendo todas as informações necessárias do paciente infectado e enviadas para DATASUS (NADAL; FRAMIL, 2007).

Cerca de 40% dos casos de sífilis congênita podem evoluir para aborto espontâneo, natimorto e óbito peri-natal (OLIVEIRA et al., 2008). De acordo com o Ministério da Saúde (2006) a gestante com sífilis confirmada tem 50% de chance de a criança nascer com infecção assintomática ou apresentar sintomas nos primeiros 3 meses de vida, justificando a importância das campanhas de triagem sorológica da mãe na maternidade.

A sífilis congênita é dividida em dois períodos: a precoce e a tardia. A Precoce é assintomática, ocorre até o segundo ano de vida e a criança pode apresentar baixo peso ao nascimento, prematuridade,

esplenomegalia, lesões cutâneas, e outras. A sífilis tardia surge após o segundo ano de vida, as manifestações clínicas são raras e resultantes da cicatrização da doença sistêmica precoce, podendo envolver vários órgãos (SECRETÁRIA DE SAÚDE DE SAO PAULO, 2008). De acordo com Ministério da Saúde (2006) a transmissão vertical do *T. pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna.

O controle e diagnóstico da sífilis são realizados através de exames laboratoriais, incluindo testes específicos detectam o agente *T. Pallidum* (treponêmicos) e não específicos detecta a resposta imune do paciente ao agente *T. Pallidum* (não-treponêmicos) onde a pesquisa do agente implicará nas fases da doença (primária, secundária e terciária), sendo necessário saber quais são esses exames adequados para cada fase da doença e interpretar seu resultado (NADAL; FRAMIL, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), os testes sorológicos são as principais formas de se estabelecer um diagnóstico confirmatório da sífilis e são divididos em testes não-treponêmicos (VDRL, RPR) e treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, ELISA). Os testes específicos, como imunofluorescência indireta (FTA-ABS) e hemaglutinação (TPHA), empregam o agente *Treponema pallidum* como antígeno e são utilizados como testes confirmatórios para a sífilis (ALMEIDA et al., 2009).

O VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*), um teste não-treponêmico, consiste em uma técnica de alta sensibilidade para o diagnóstico da sífilis, sendo amplamente usada devido à facilidade e rapidez de execução. Por se tratar de um teste não específico, é utilizado como método de triagem e, portanto, a confirmação do diagnóstico deve ser obtida empregando-se testes específicos (SANTANA et al., 2006).

Os testes treponêmicos ou os não-treponêmicos que forem positivos nos exames de recém-nascidos pode ser devido a transferência passiva de anticorpos IgG maternos, mas tendem-se a declinar lentamente até a sua negatificação em alguns meses. Já na sífilis congênita, os títulos se mantêm caracterizando uma infecção ativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

METODOLOGIA

Por tratar-se de uma análise documental e descritiva de casos confirmados de sífilis congênita no estado do Mato Grosso do Sul do período de 2008 a 2010, o presente estudo não precisou passar pelo

comitê de ética da Uningá. Foram analisados dados do DATASUS através do o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e pesquisados artigos em bancos de dados como SCIELO e BIREMI sobre sífilis congênita.

RESULTADOS

De acordo com os dados obtidos através do SINAN, durante o ano de 2008 foram descritos 65 casos confirmados de sífilis congênita, no ano de 2009 verificados 73 casos confirmados e no ano de 2010 foram relatados 15 casos de sífilis confirmados, conforme demonstrado no gráfico 1.

Gráfico 1. Prevalência de sífilis Congênita no Estado do Mato Grosso do Sul no período de 2008 a 2010.



Analisando-se a distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita no estado do Mato Grosso do Sul observou-se que durante o ano de 2008 houve uma maior incidência nos meses de janeiro, fevereiro, maio e dezembro (8 casos), em 2009 houve aumento durante o mês de Novembro (12 casos) e em 2010, aumento durante os meses de março (7 casos). Esses dados, apresentados no gráfico 2, demonstram que a distribuição da doença não está relacionada ao período do ano.

Gráfico 2. Número de casos sífilis congênita no Estado do Mato Grosso do Sul distribuídos de acordo com os meses de 2008 a 2011.



DISCUSSÃO

No ano de 2010, foram identificados 15 casos de sífilis congênita no estado do Mato Grosso do Sul de acordo com os dados obtidos do SINAN, demonstrando que houve uma queda no número de casos confirmados da doença, em relação aos anos anteriores, de 2008 (73 casos) e 2009 (65 casos). Aqui ressalta-se a importância da assistência pré-natal pois pode evitar a transmissão da doença para o concepto, levando à diminuição no número de casos de sífilis congênita bem como nas consequências da doença no concepto (SARACENI; MIRANDA, 2012).

Recomenda-se que o diagnóstico da sífilis congênita seja feito através de uma combinação de diversos fatores clínico, sorológico, radiográfico e da microscopia direta. O Ministério da Saúde normatizou a definição sobre caso de sífilis congênita, conforme demonstrado no quadro abaixo (Quadro 1).

Quadro 1. Definição sobre caso de sífilis congênita.

<ul style="list-style-type: none"> • Caso confirmado: quando o <i>T. pallidum</i> ou seu material genético é constatado fisicamente em amostras de lesões, líquido amniótico, cordão umbilical ou de tecidos oriundos da necropsia • Caso presuntivo: quando pelo menos um dos seguintes parâmetros está presente: <ol style="list-style-type: none"> 1 - RN ou criança cuja mãe contaminada não tenha sido tratada ou o foi de forma inadequada; 2 - RN ou criança exibindo teste treponêmico positivo e algumas das seguintes alterações: evidência de sífilis congênita ao exame físico; alterações radiológicas; VDRL positivo no líquido; elevado conteúdo de proteínas ou leucocitose no líquido, na ausência de outras causas; IgM positiva para lúes 3 - Natimorto sífilítico - morte fetal ocorrida em gestação de mais de 20 semanas ou feto com peso superior a 500g nascido de mãe com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada.
--

Fonte: AVELLEIRA; BOTTINO, 2006.

Embora o comportamento do exame VDRL, frente ao diagnóstico da doença sífilítica apresente algumas limitações, como reações falso-positivas e menor sensibilidade em relação à outros testes treponêmicos, apresenta a vantagem de ser de baixo custo, possíveis de ser utilizado em laboratórios com estrutura simples (SANTANA et al., 2006). O VDRL é um método de diagnóstico não-treponêmico e amplamente utilizado para o rastreamento de sífilis no Brasil, favorecendo diagnóstico precoce e tratamento em tempo hábil para evitar as seqüelas das formas tardias da sífilis (NADAL; FRAMIL, 2007).

O melhor esquema terapêutico para o tratamento tanto da sífilis em adultos quanto da sífilis congênita, emprega a penicilina a qual vem sendo utilizadas a décadas e pode ser empregada em qualquer fase da doença (GUINSBURG; SANTOS, 2010). O tratamento imediato com penicilina benzatina parenteral continua sendo a melhor forma de prevenção da sífilis congênita (ALMEIDA et al., 2009).

A penicilina cristalina ou procaína têm sido as drogas de escolha, uma vez que a penicilina benzatina apresenta pouca penetração líquórica, é considerado um medicamento que pode não atingir ou manter níveis treponemicidas em nível de sistema nervoso central (GUINSBURG; SANTOS, 2010). Na tabela abaixo demonstra-se um esquema terapêutico preconizado pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Tabela 1: Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis em não gestantes ou não nutrízes e controle de cura.

Estadiamento	Esquema Terapêutico	Intervalo entre as séries	Opções terapêuticas na impossibilidade de uso de Penicilina:	Controle de cura (sorologia)
Sífilis primária	Penicilina G Benzatina 1 série* Dose total: 2.400.000 UI IM	Dose única	doxiciclina 100 mg 12/12h (VO), 15 dias, ou tetraciclina 500 mg, 6/6h (VO), ou eritromicina 500 mg, 6/6h (VO)	Exame sorológico não-treponêmico trimestral
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	Penicilina G Benzatina 2 séries Dose total: 4.800.000 UI IM	1 semana	doxiciclina 100 mg 12/12h (VO), 15 dias, ou tetraciclina 500 mg, 6/6h (VO), ou eritromicina 500 mg, 6/6h (VO)	Exame sorológico não-treponêmico trimestral
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	Penicilina G Benzatina 3 séries Dose total: 7.200.000 UI IM	1 semana	doxiciclina 100 mg 12/12h (VO), 30 dias, ou tetraciclina 500 mg, 6/6h (VO), ou eritromicina 500 mg, 6/6h (VO)	Exame sorológico não-treponêmico trimestral
Neurosífilis	Penicilina G Cristalina aquosa 18 a 24 milhões de UI por dia: 10 a 14 dias	4/4 h diariamente por 10 dias	Penicilina procaína 2,4 milhões UI (IM) diariamente associada à probenecida 500 mg (VO) quatro vezes por dia, ambas de 10 a 14 dias	Exame de líquor de 6/6 meses até normalização

Fonte : MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006)

De acordo com Ministério da Saúde (2006) crianças no período pós-neonatal com diagnóstico confirmado, deve iniciar o tratamento conforme preconizado, verificando-se o intervalo das aplicações utilizando a penicilina G cristalina (de 4 em 4 horas), para a penicilina G procaína (de 12 em 12 horas).

A sífilis congênita é um sério problema de saúde pública, pois vem aumentando em algumas regiões do Brasil, apesar de terem métodos eficazes, de baixo custo e de fácil uso para a sua prevenção e controle. A região Sudeste notificou o maior número de casos ao longo do período de 1998 a 2005 correspondendo a 50% dos casos notificados no país. A região Nordeste notifica 28% dos casos e apresentou um aumento constante desde o ano 2000. As regiões Centro-Oeste (7,8%), Norte (6,9%) e Sul (6,8%) apresentam comportamento similar com o menor número de notificações (RIPSA, 2006).

A sífilis congênita apresenta prevalência em grupo de mulheres de baixa renda ou com estilos de vida vulneráveis, pois é uma população que não tem acompanhamento de pré-natal muitas vezes por falta de condições financeiras, por isso as campanhas informativas e o acompanhamento durante o pré-natal é importante para estar evitando vários tipos de doenças como o caso de sífilis congênita (KOMBA; LAGO, 2007).

As notificações dos casos confirmatórios de sífilis registrados pelos municípios através DATASUS (Ministério da Saúde) contribui para o desenvolvimento de políticas de saúde e de vigilância epidemiológica para o monitoramento da sífilis materna e congênita. O acompanhamento durante o pré-natal continua sendo a forma mais eficaz de prevenir a doença na gestante e a sua transmissão para o concepto. A motivação e capacitação dos profissionais de saúde, no que se refere ao diagnóstico da doença, às medidas de conduta adotadas e à notificação da sífilis gestacional e congênita também contribuem a esse quadro (ALMEIDA et al., 2009).

CONCLUSÃO

Através dos registros retirados do DATASUS verificou-se que durante o ano de 2009 houve um aumento significativo no número de casos confirmados de sífilis congênita no Estado do Mato Grosso do Sul. Conforme as análises feitas durante o trabalho demonstra-se a importância de realizar o acompanhamento de pré-natal em gestantes a fim de evitar a proliferação de casos de sífilis congênita. Se o estado do Mato Grosso do Sul investir mais em campanhas informativas principalmente em

mulheres gestantes de classe média baixa, o índice de sífilis congênita no estado tende a diminuir ao passar dos anos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K.C. et al. Sífilis em gestantes atendidas em uma unidade de saúde pública de Anápolis, Goiás, Brasil. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 41, n. 3, p. 181-184, 2009.

AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiro de Dermatologia**. v. 81, n. 2, p. 111-26, 2006.

BARSANTI, C. et al. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 32, n. 6. p. 605-611, nov./dez., 1999.

FELDMANN, C.G. **Comparativo dos dados da sífilis na gestação e sífilis neonatal informada no sisprenatal, SINAN e AIH, no município de Porto Alegre 2000 a 2004**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, BR-RS, 2008.

GUINSBURG, R. et al. **Critérios diagnóstico e tratamento da sífilis congênita**. Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria. Universidade Federal de São Paulo, 2010.

KOMBA, M.R.; LAGO, E.G. Sífilis congênita: notificação e realidade. **Revista Scientia Medica**, Porto Alegre. v. 17, n. 4, p. 205-211, out./dez., 2007.

LIMA, B.G.C. et al. **Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995**. Rio de Janeiro. v. 38, n. 4, p. 267-271, 2002.

MINISTERIO DA SAÚDE, **Manual de bolso: sífilis congênita**. Programa Nacional de DST/ Aids, 2006.

NADAL, S.R.;FRAMIL, V.M.S. Interpretação das Reações Sorológicas para Diagnóstico e Seguimento Pós-Terapêutico da Sífilis. **Revista brasileira de Coloproctologia**, v. 27, n. 4, p. 479-482, 2007.

OLIVEIRA, V. M. et al. Detecção de sífilis por ensaios de ELISA e VDRL em doadores de sangue do Hemonúcleo de Guarapuava, Estado do Paraná. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 41, n. 4, p. 428-430, jul./ago., 2008.

RIPSA, Rede interagencial de informações para a saúde. **Incidência de sífilis congênita**. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis congênita. 2006.

SANTANA, L. R. et al. Teste VDRL para o diagnóstico da sífilis. Avaliação dos resultados em uma unidade de atenção primária de saúde. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 38, n.2, p. 71-73, 2006.

SARACENI, V. et al. Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das Campanhas para a eliminação da sífilis congênita no Município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 4, p. 419-24, 2005.

SARACENI, V.; MIRANDA. E.A. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 28, n. 3, p. 490-496, , 2012.

SECRETARIA DE SAÚDE DE SAO PAULO. **Sífilis congênita e sífilis na gestação**. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 768-72, 2008.

Enviado em: abril de 2012.

Revisado e Aceito: novembro de 2012.

Relatos de Caso



Tratamento da má oclusão de classe III com a máscara facial
Treatment of class III malo occlusion with facemask

ROGÉRIO ALMEIDA PENHAVEL¹
HENRIQUE AVILA DE SOUZA²
MAYARA PAIM PATEL³
KARINA MARIA SALVATORE DE FREITAS⁴
RODRIGO HERMONT CANÇADO⁵
FABRÍCIO PINELLI VALARELLI⁵

RESUMO: O tratamento precoce das más oclusões de Classe III representa um desafio para o Ortodontista. Atualmente, sabe-se que 62% dos casos de má oclusão de Classe III apresentam envolvimento maxilar, necessitando de alguma forma de protração para sua correção. Os aparelhos de protração em geral são desconfortáveis e antiestéticos, e a colaboração do paciente se torna peça chave no efeito do tratamento. O objetivo deste estudo foi relatar um caso de má oclusão de Classe III tratada por meio da expansão rápida da maxila e protração maxilar. A excelente colaboração da paciente no uso do aparelho, proporcionando ótimos resultados clínicos confirmados cefalometricamente, demonstrou que o tratamento precoce da má oclusão de Classe III, com a utilização da máscara facial constitui uma ótima opção de tratamento.

Palavras-chave: Má oclusão de Classe III. Máscara Facial. Correção Precoce.

¹Professor da Especialização em Ortodontia ICOS – FACSETE – Joinville – SC, Mestrando em Ciências da Reabilitação – HRAC – USP - Bauru

²Especialista em Ortodontia pelo ICOS – FACSETE – Joinville – SC

³Coordenadora da Especialização em Ortodontia ICOS – FACSETE – Joinville – SC, Doutora em Ortodontia – FOB – USP – Bauru – SP

⁴Coordenadora do Mestrado em Ortodontia Faculdade Ingá, Maringá, PR, Doutora em Ortodontia - FOB – USP – Bauru – SP

⁵Professores do Mestrado em Ortodontia Faculdade Ingá, Maringá, PR, Doutor em Ortodontia - FOB – USP – Bauru – SP

ABSTRACT: The early treatment of Class III malocclusions represents a challenge for the orthodontist. It is known that 62% of Class III malocclusion cases present maxillary involvement, requiring some type of protraction for its correction. The protraction appliances may sometimes be uncomfortable and unaesthetic, and patient's compliance plays a key role in the treatment effect. The aim of this study was to report a case of Class III malocclusion treated by rapid palatal expansion and maxillary protraction. The excellent patient's compliance in wearing the appliance allowed the optimum clinical outcomes, confirmed cephalometrically. This demonstrated that the early treatment of Class III malocclusion through facemask therapy is a reliable treatment option.

Key-words: Class III malocclusion, face mask, early treatment.

INTRODUÇÃO

Inúmeras formas de tratamento têm sido relatadas para a correção precoce da má oclusão de Classe III. No entanto, talvez por muitos casos necessitarem de um tratamento cirúrgico, pelo baixo grau de cooperação por parte dos pacientes, ou ainda pela falta de experiência dos profissionais devido à sua baixa incidência na população caucasiana (5 %), Goh e Kaan (1992); Mermigos, Full e Andreasen, (1990), pouca importância tem sido dada à correção precoce da Classe III (GOH; KAAAN, 1992).

Embora pouco utilizados, existem vários dispositivos para a intervenção precoce, dependendo do componente envolvido na má oclusão. Quando a Classe III existe em função da deficiência da maxila (62 a 63% dos casos), Goh e Kaan (1992), pode-se optar pelo uso da máscara facial ou do *skyhook*, ambos capazes de promover a tração da maxila para anterior. Nos casos onde há excesso de mandíbula, para restringir o crescimento mandibular, pode-se utilizar a mentoneira ou a tração extrabucal nos molares inferiores, pouco citada na literatura (GOH; KAAAN, 1992). Quando há a associação de deficiência de maxila e uma protrusão de mandíbula, a melhor alternativa constitui a utilização de aparelhos ortopédicos funcionais como o RF III de Fränkel para a Classe III (GOH; KAAAN, 1992).

Apesar das alternativas de tratamento citadas, a alta incidência de más oclusões de Classe III com envolvimento maxilar, determina que o tratamento precoce da maior parte destas más oclusões envolva a protração maxilar (GOH; KAAAN, 1992).

A protração da maxila com intuito de corrigir a Classe III não é uma opção recente. O primeiro relato sobre o tratamento com máscara

facial foi documentado por Potpeschnigg, em 1875, de acordo com Petit. No entanto, foi Delaire, em 1971, o responsável pela volta de sua utilização clínica e pela sua popularidade (GOH; KAAAN, 1992; MARTINS et al., 1994; MCNAMARA JUNIOR; BUDRON, 1995; NGAN et al., 1996; NGAN et al., 1992). Há diversos tipos de máscaras faciais pré-fabricadas disponíveis comercialmente como a máscara de Delaire, de Petit, de Tubinger e de Grummons (GOH; KAAAN, 1992; MARTINS et al., 1994).

O diagnóstico da má oclusão deve ser realizado em relação cêntrica (RC) para evitar que desvio da mandíbula para anterior, em função de contatos prematuros, maximize o problema. O julgamento clínico, analisando o perfil facial, sempre deve ser soberano em relação à análise cefalométrica, a qual junto com modelos de estudo e fotografias constitui apenas um meio auxiliar de diagnóstico (GOH; KAAAN, 1992).

A terapia com máscara facial está indicada nos seguintes casos: retrusão de maxila; deformidades craniofaciais associadas à deficiência maxilar; combinação entre hipoplasia maxilar e prognatismo mandibular; após cirurgias (GOH; KAAAN, 1992).

Com o uso da máscara facial, pode-se promover um movimento anteroinferior da porção posterior da maxila e dos dentes superiores, uma rotação horária da mandíbula e uma inclinação para lingual dos incisivos inferiores (GOH; KAAAN, 1992; MARTINS et al., 1994; MCNAMARA JUNIOR; BUDRON, 1995; NGAN et al., 1996; NGAN et al., 1992). Há ainda, um movimento do nariz para frente, reduzindo a concavidade do perfil, resultando em um perfil mais harmonioso (MERMIGOS; FULL; ANDREASEN, 1990). Pode-se observar também, uma redução do ângulo SNB e da proeminência do pogônio (GOH; KAAAN, 1992; MARTINS et al., 1994).

Este artigo tem o propósito de apresentar a correção da má oclusão de Classe III por meio do uso da máscara facial, demonstrando as vantagens desta abordagem de tratamento.

RELATO DE CASO CLÍNICO

O paciente A.V.S., leucoderma, com 9 anos e 2 meses, procurou a Clínica do curso de Especialização em Ortodontia para tratamento. Na história clínica relatou que o pai tinha perfil de Classe III na família. Ao exame clínico, o paciente apresentava perfil côncavo, retrusão do lábio superior, e falta de projeção da região zigomática, sugerindo um hipodesenvolvimento da maxila (Figura 1). O exame intrabucal revelou

que a paciente encontrava-se no 2º período transitório da dentadura mista, com todos os dentes hígidos, mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior unilateral (Figura 2). Não havia desvio mandibular da relação cêntrica para a máxima intercuspidação habitual.



Figura 1 – Fotografias extrabucais iniciais

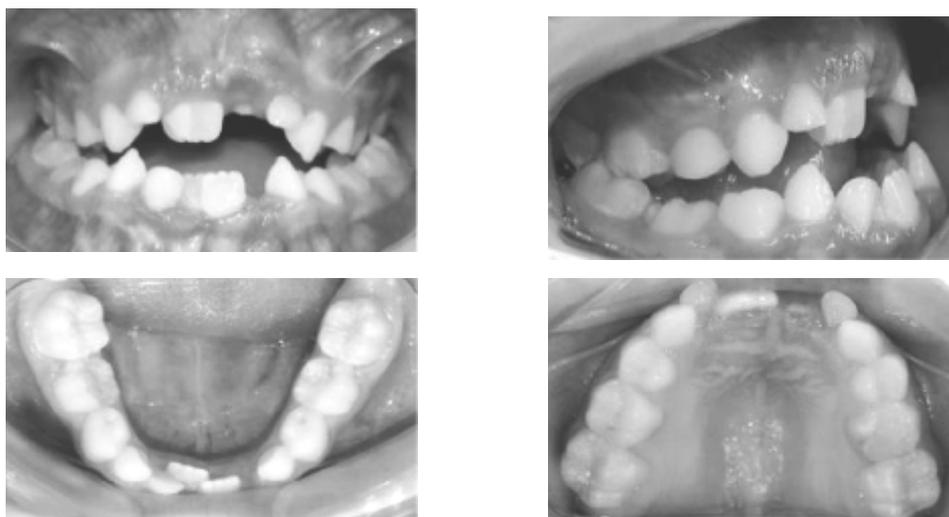


Figura 2 – Fotografias intrabucais iniciais

Na radiografia panorâmica, observou-se a presença de todos os dentes permanentes sucessores (Figura 3 e 4). Nenhuma anomalia foi encontrada nesta radiografia, assim como na radiografia oclusal de maxila. A análise cefalométrica evidenciou as medidas apresentadas na Tabela 1, destacando as seguintes características: perfis ósseo e mole

côncavos; padrão de crescimento equilibrado; relação entre as bases apicais desfavorável, com a maxila bem posicionada e mandíbula protruída em relação à base do crânio; ângulo nasolabial aumentado, caracterizando uma maxila retruída.



Figura 3 – Radiografia panorâmica inicial



Figura 4 – Telerradiografia em norma lateral inicial

Planejamento e Tratamento

Com base no exame clínico e radiográfico, o seguinte planejamento foi elaborado:

FASE 1:

- Expansão rápida palatina (Figura 5);
- Tração reversa da maxila (até obtenção de um trespasse horizontal de aproximadamente (2mm).
- Reavaliação, verificando-se a estabilidade do tratamento e a necessidade de intervenção futura.

FASE 2:

- Mantendo-se uma boa estabilidade da relação anteroposterior será utilizado um aparelho fixo para alinhar e nivelar os dentes permanentes, quando estes irromperem.

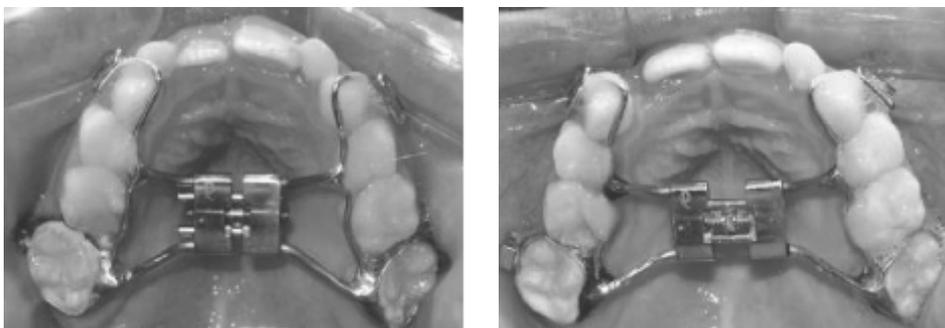


Figura 5 – Instalação do aparelho Hyrax (A) e última ativação (B)

A

B

A máscara facial foi instalada no dia da última ativação do parafuso expansor (Figura 6). Não há nenhum impedimento para que esta seja colocada mais precocemente, no entanto, para maior conforto dos pais e da paciente, preferiu-se aguardar até que a expansão palatina tivesse sido completada. Os elásticos foram colocados partindo do gancho situado no aparelho expansor até os ganchos da máscara, posicionados próximos aos caninos superiores, promovendo uma tração para baixo e para frente formando um ângulo de 45° em relação ao plano oclusal. A força promovida por estes, foi de 100 a 150 gramas na primeira semana, para melhor adaptação do paciente (TURLEY, 1988). Depois disso, a força passou a ser de 400 gramas (KAPOOR; KHARBANDA, 2011; MCNAMARA JUNIOR; BUDRON, 1995; TURLEY, 1988). Os elásticos eram trocados a cada 7 dias.

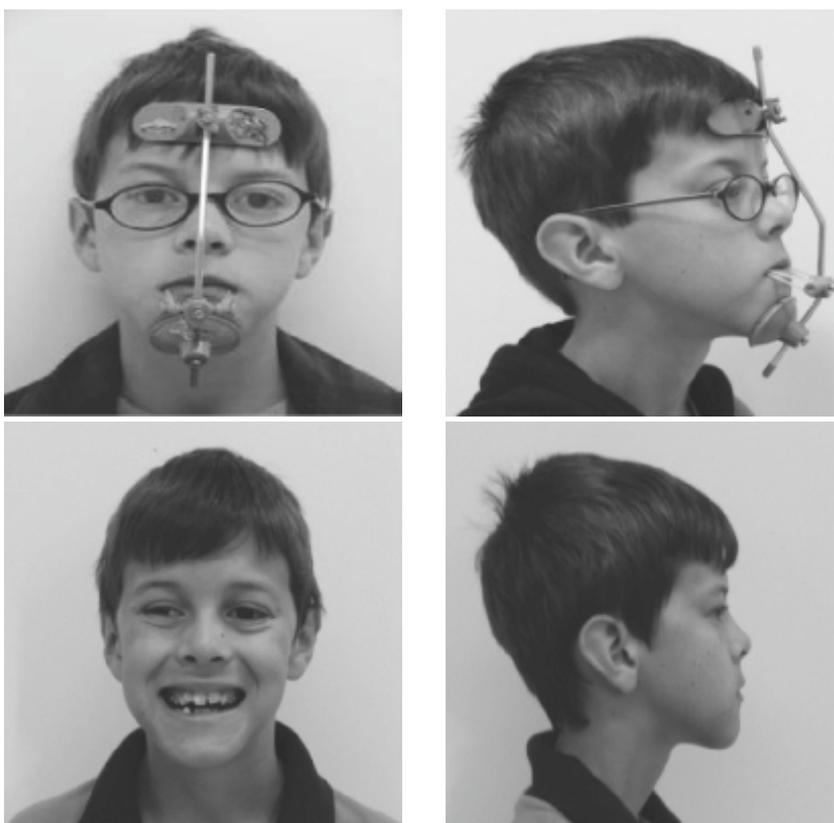


Figura 6 - Colaboração do paciente no uso da máscara facial

A maioria dos autores concordam que a expansão palatina sempre deve ser realizada antes da protração, com os seguintes objetivos (GOH; KAAH, 1992; MARTINS et al., 1994; NGAN et al., 1992; TURLEY, 1988):

- Funcionar como um *split* para os dentes superiores, limitando os movimentos dentários indesejáveis;
- Liberar a maxila do contato com as outras suturas da face;
- Iniciar a resposta celular nas suturas, permitindo uma reação mais positiva frente às forças de protração;
- Iniciar o movimento para frente e para baixo da maxila retruída;
- Corrigir a mordida cruzada posterior que normalmente acompanha a má oclusão de Classe III;
- Prevenir a constrição da porção anterior do palato, que pode ocorrer como um efeito secundário indesejável do tratamento.

O paciente utilizou a máscara facial, em tempo integral, durante 4 meses, até a obtenção do trespasse desejado (Figura 7). A contenção

noturna, com a máscara facial, será utilizada por mais ou menos 1 ano. Após este período, estes aparelhos serão removidos e será instalada apenas uma mentoneira para uso noturno. As consultas de retorno ocorrerão a cada 6 meses para monitorização da estabilidade da correção.

Considerando a forte característica genética da Classe III, recomenda-se que a paciente seja acompanhada até o final da fase de crescimento. Pacientes cujo comprometimento estético se restringe à maxila, normalmente apresentam boa estabilidade no período pós-tratamento (TURLEY, 1996). Por outro lado, aqueles com grande comprometimento mandibular podem vir a necessitar de um tempo adicional de contenção (TURLEY, 1996). O aparelho fixo deve suceder a fase de correção ortopédica, para que seja obtido um padrão oclusal excelente que irá contribuir para o controle de um possível crescimento desproporcional entre a maxila e a mandíbula durante o surto de crescimento pubescente (TURLEY, 1996).

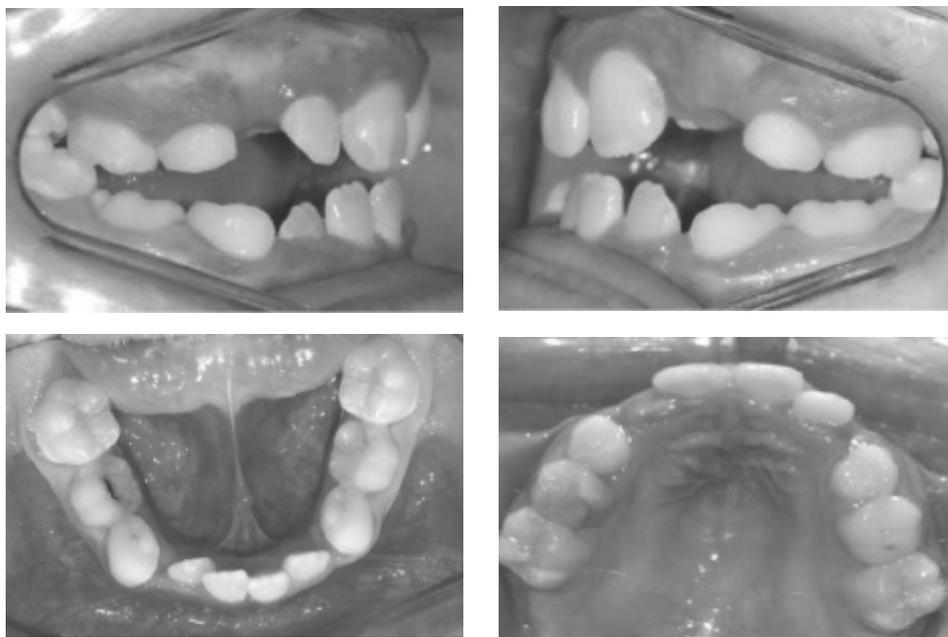


Figura 7 - Término do tratamento ativo.

RESULTADOS

Analisando-se a Tabela 1 verifica-se os seguintes resultados:

- Melhora na convexidade do perfil;
- Aumento do SNA;

- Redução do SNB;
- Diminuição do ângulo nasolabial;
- Aumento do comprimento efetivo da maxila;
- Rotação horária da mandíbula.

Tabela 1 - Medidas cefalométricas iniciais e finais

<i>Medidas</i>	<i>Inicias</i>	<i>Finais</i>
NAP	-5	+4
WITS	-7	-4
SNA	81°	84°
SNB	84°	82,5°
ANB	-3°	+1,5°
SND	79°	79°
FMA	26°	31°
SN.Ocl	15°	16,5°
SN.GoGn	33°	33°
SNGn	60°	63°
H-NB	4°	13°
H-Nariz	12 mm	4 mm
A-NPerp	0	2
P-Nperp	+ 3,5 mm	-2 mm
Ângulo NL	118°	113°
CoA	83 mm	86 mm
CoGn	107 mm	107 mm
Diferença	24 mm	21 mm
AFAI	55 mm	55 mm

DISCUSSÃO

A má oclusão de Classe III está associada com a retrusão maxilar, a protrusão mandibular ou ambas (CEVIDANES et al., 2010; CHA, 2003; KAMA; ÖZEER; BARAN, 2006; KAPOOR; KHARBANDA, 2011; KELES et al., 2002; KILIC et al., 2010; KILINÇ et al., 2008; KÜÇÜKKELES; NEVZATOGLU; KOLDAS, 2011; MARSAN, 2007; YU et al., 2007). Em pacientes com má oclusão de Classe III, as larguras intermolares, interpré-molares e todas as medidas da largura maxilar alveolar parecem estar significativamente mais estreitas, enquanto as larguras alveolares intermolares e intercaninos inferiores parecem estar

significativamente mais largas (UYSAL et al., 2005). Geralmente há uma mordida cruzada anterior com perfil mole côncavo, e, a redução no crescimento da maxila é causado não apenas pela divergência anteroposterior mas também pela variação transversa, resultando em muitos casos em mordidas cruzadas posteriores (KILIC et al., 2010; YU et al., 2007).

A correção precoce da má oclusão de Classe III permanece um desafio complexo, e, as abordagens interceptativas incluem aparelhos fixos, removíveis, aparelhos funcionais removíveis, mentoneira, máscara facial e sistemas de ancoragem esquelética (SEEHRA et al., 2012). Em indivíduos com deficiência maxilar onde a mandíbula não é marcadamente afetada, como no paciente deste relato de caso, o tratamento deve envolver a estimulação e direcionamento do crescimento maxilar por forças ortopédicas (KAMA; ÖZEER; BARAN, 2006).

O objetivo do tratamento ortopédico deve ser corrigir desequilíbrios funcionais, dentoalveolares, esqueléticos existentes e em desenvolvimento, os quais poderiam ajudar a minimizar a possibilidade de tratamento ortodôntico mais complicado envolvendo a extração de dentes permanentes e cirurgia ortognática (YOSHIDA; YAMAGUCHI; MIXOGUCHI, 2006). Por outro lado, ainda parece não existir consenso do momento do tratamento, precoce ou tardio, sendo o sucesso do tratamento precoce dependente do crescimento do esqueleto facial e da modificação deste (KAMA; ÖZEER; BARAN, 2006).

A terapia precoce com expansão rápida da maxila e protração maxilar tem sido indicada para tratar a maxila retruída pela aceleração do crescimento maxilar, cujo objetivo é focado em fornecer um ambiente mais favorável para o crescimento normal e em melhorar o desenvolvimento psicossocial da criança, desta forma limitado às dentaduras decídua e mista (CEVIDANES et al., 2010; CHA, 2003; KAPOOR; KHARBANDA, 2011).

Muitos artigos discutem a indicação da expansão rápida da maxila previamente à protração (CHA, 2003; KAMA; ÖZEER; BARAN, 2006; KAPOOR; KHARBANDA, 2011; KILIC et al., 2010; NGAN et al., 1998; YU et al., 2007). A expansão maxilar prévia produz um movimento da maxila para frente e para baixo afetando as suturas intermaxilares, e, a ruptura destas suturas parece permitir uma reação mais positiva das forças de protração (CHA, 2003; KAMA; ÖZEER; BARAN, 2006; YU et al., 2007). Parece haver menos compressão e mais tensão na área das suturas ao redor da maxila e no arco zigomático quando a sutura palatina é aberta, assim como, uma diminuição da rotação para cima e para frente

da maxila e do arco zigomático e também um maior deslocamento nas direções frontal, vertical e lateral (YU et al., 2007).

Os efeitos da expansão não estão relacionados apenas à maxila, já que esta se relaciona com outros 10 ossos do esqueleto craniofacial, os quais são direta ou indiretamente influenciados pela expansão (CHA, 2003; DEGUCHI; KANOMI; ASHIZAWA, 1999; KAMA; ÖZEER; BARAN, 2006). A sutura em idades mais precoces seria mais larga e maleável se tornando mais escamosa e sobreposta em idades mais tardias (KAPOOR; KHARBANDA, 2011). Muitas vezes, a expansão é usada para desarticular as suturas maxilares ao invés de focar na correção da mordida cruzada (NGAN et al., 1998). Assim, a expansão rápida da maxila em conjunto com a aplicação da força de protração inferior ao plano oclusal, como usado neste relato de caso, confere um crescimento normal para baixo e para frente da maxila (YU et al., 2007).

Os resultados demonstram que a correção da Classe III por meio da protração maxilar ocorre pela combinação de movimentos dentários e esqueléticos não apenas na dimensão anteroposterior, mas também no plano vertical do espaço, com a maior parte da correção induzida pelo movimento ortopédico com maior mudança na maxila (BACETTI et al., 2010; NARTALLO-TURLEY; TURLEY, 1998). Adicionalmente, a protração maxilar resulta em avanço esquelético sagital significativo, com rotação da mandíbula para baixo e para trás e retroinclinação dos incisivos mandibulares (BACETTI et al., 2010; DEGUCHI; KANOMI; ASHIZAWA; KILIC et al., 2010; SEEHRA et al., 2012). Paralelamente a expansão rápida da maxila juntamente com a protração da maxila melhora as dimensões do espaço aéreo naso e orofaríngeo assim como é efetiva na melhora do perfil facial, a qual ocorreu no paciente deste relato de caso (KILIC et al., 2010; KILINÇ et al., 2008; MARSAN, 2007). Em média parece ocorrer um aumento do SNA de 2,1° correspondente a um significativo avanço sagital; um aumento de 2 mm com relação à posição da base da maxila; e redução significativa no ANB, como obtido no paciente deste relato de caso (GODT et al., 2008; SEEHRA et al., 2012; YOSHIDA; SHOJI; MIZOGUCHI, 2007). Conseqüentemente, há aumentos significativos na largura intermolares e intercaninos e no perímetro do arco (WELLS; SARVER; PROFITT, 2006). Por outro lado, as alturas faciais superior e inferior não são afetadas pelo tratamento, como no paciente deste relato de caso (GÖYENÇ; ERSOY, 2004).

A força extraoral parece ser mais efetiva quando usada o mais cedo possível por causa do alto grau de atividade celular na área da sutura

durante este momento (CHA, 2003; DEGUCHI; KANOMI; ASHIZAWA, 1999). Contrariamente, outros autores relatam que o stress durante a terapia de protração maxilar na área das suturas da face média e base do crânio são relativamente pequenas, o que não resultaria em um efeito de estímulo de crescimento e sim dentário (HOLBERG; MAHAINI; RUDZKI, 2007). Quando a protração é aplicada em crianças prognatas para a correção da mordida cruzada anterior na dentadura mista, um overjet positivo é mantido a longo prazo em 70-75% dos casos, enquanto 25-30% dos casos a recidiva para um overjet negativo ocorre, principalmente por causa de um crescimento mandibular tardio, aumentado e direcionado horizontalmente (WELLS; SARVER; PROFITT, 2006)

CONCLUSÃO

A excelente colaboração da paciente no uso do aparelho, proporcionando ótimos resultados clínicos confirmados cefalometricamente, demonstrou que o tratamento precoce da má oclusão de Classe III, com a utilização da máscara facial constitui uma ótima opção de tratamento.

REFERÊNCIAS

- BACETTI, T. et al. Treatment and post-treatment effects of facemask therapy on the sagittal pharyngeal dimensions in Class III subjects. **Eur J Orthod**, v.32, p.346-50, 2010.
- CEVIDANES, L. et al. Comparison of two protocols for maxillary protraction: bone anchors versus face mask with rapid maxillary expansion. **Angle Orthod**, v.80, n.5, p.799-806, 2010.
- CHA, K.S. Skeletal changes of maxillary protraction in patients exhibiting skeletal Class III malocclusion: a comparison of three skeletal maturation groups. **Angle Orthod**, v.73, p.26-35, 2003.
- DEGUCHI, T.; KANOMI, R.; ASHIZAWA, Y. Very early fac mask therapy in Class III children. **Angle Orthod**, v.69, n.4, p.349-55, 1999.
- GODT, A. et al. Early treatment to correct Class III relations with or without face masks. **Angle Orthod**, v.78, n.1, p.44-9, 2008.
- GOH, G.; KAAAN, S.K. Dentofacial orthopaedic correction of maxillary retrusion with the protraction facemask: a literature review. **Aust Orthod J**, v.12, n.3, p.143-50, 1992.
- GÖYENÇ, Y.; ERSOY, S. The effect of a modified reverse headgear force applied with a face bow on the dentofacial structures. **Eur J Orthod**, v.26, p.51-7, 2004.

HOLBERG, C.; MAHAINI, L.; RUDZKI, I. Analysis of sutural strain in maxillary protraction therapy. **Angle Orthod**, v.77, n.4, p.586-94, 2007.

KAMA, J.D.; ÖZEER, T.; BARAN, S. Orthodontic and orthopaedic changes associated with treatment in subjects with Class III malocclusions. **Eur J Orthod**, v.28, p.496-502, 2006.

KAPOOR, P.; KHARBANDA, O.P. Correction of skeletal Class III in a growing male patient by reverse pull facemask. **J Indian Soc Pedod Prevent Dent**, v.29, n.3, p.273-7, 2011.

KELES, A. et al. Effect of varying the force direction on maxillary orthopedic protraction. **Angle Orthod**, v.72, p.387-96, 2002.

KILIC, N. et al. Soft tissue profile changes following maxillary protraction in Class III subjects. **Eur J Orthod**, v.32, p.419-24, 2010.

KILINÇ, A.S. et al. Effects on the sagittal pharyngeal dimensions of protraction and rapid palatal expansion in Class III malocclusion subjects. **Eur J Orthod**, v.30, p.61-6, 2008.

KÜÇÜKKELES, N.; NEVZATOGLU, S.; KOLDAS, T. Rapid maxillary expansion compared to surgery for assistance in maxillary face mask protraction. **Angle Orthod**, v.81, p.42-9, 2011.

MARSAN, G. Effects of activator and high-pul headgear combination therapy: skeletal, dentoalveolar, and soft tissue profile changes. **Eur J Orthod**, v.29, p.140-8, 2007.

MARTINS, D.R. et al. Tratamento da má oclusão de Classe III com a máscara de protração maxilar (tração reversa). Parte I. . **Odontomaster: Ortodontia**, v.1, n.1, p.1-10, 1994.

MCNAMARA JUNIOR, J.A.; BUDRON, W.L., . . Orthopedic facial mask therapy. . Orthodontic and orthopedic treatment in the mixed dentition. 5º ed. Ann Arbor: Needham Press; 1995. p. 283-95

MERMIGOS, J.; FULL, C.A.; ANDREASEN, G. Protraction of the maxillofacial complex. **Am J Orthod Dentofac Orthop**, v.98, n.1, p.47-55, 1990.

NARTALLO-TURLEY, P.E.; TURLEY, P.K. Cephalometric effects of combined palatal expansion and facemask therapy on Class III malocclusion. **Angle Orthod**, v.68, n.3, p.217-24, 1998.

NGAN, P. et al. Treatment response to maxillary expansion and protraction. **Eur J Orthod**, v.18, p.151-68, 1996.

NGAN, P. et al. Effect of protracti on headgear on Class III malocclusion. **Quintessence Int**, v.23, n.3, p.197-207, 1992.

NGAN, P. et al. Cephalometric and occlusal changes following maxillary expansion and protraction. **Eur J Orthod**, v.20, p.237-54, 1998.

SEEHRA, J. et al. A comparison of two techniques for early correction of Class III malocclusion. **Angle Orthod**, v.82, p.96-101, 2012.

TURLEY, P.K. Orthopedic correction of Class III malocclusion with palatal expansion and customized protraction headgear. **J Clin Orthod**, v.22, n.5, p.314-25, 1988.

TURLEY, P.K. Orthopedic correction of Class III malocclusion: retention and phase II therapy. **J Clin Orthod**, v.30, n.6, p.313-24, 1996.

UYSAL, T. et al. Dental and alveolar arch widths in normal occlusion and Class III malocclusion. **Angle Orthod**, v.75, p.809-13, 2005.

WELLS, A.P.; SARVER, D.M.; PROFITT, W. R. Long-term efficacy of reverse pull headgear therapy. **Angle Orthod**, v.76, n.6, p.915-22, 2006.

YOSHIDA, I.; SHOJI, T.; MIZOGUCHI, I. Effects of treatment with a combined maxillary protraction and chin cap appliance in skeletal Class III patients with different vertical skeletal morphologies. **Eur J Orthod**, v.29, p.129-33, 2007.

YOSHIDA, I.; YAMAGUCHI, N.; MIZOGUCHI, I. Prediction of post-treatment outcome after combined treatment with maxillary protraction and chin cap appliances. **Eur J Orthod**, v.28, p.89-96, 2006.

YU, H.S. et al. Three-dimensional finite-element analysis of maxillary protraction with and without rapid palatal expansion. **Eur J Orthod**, v.29, p.118-25, 2007.

Enviado em: maio de 2013.

Revisado e Aceito: julho de 2013.

Revisões de Literatura

**Acolhimento e saúde mental: revisão sistemática da
literatura**
**Embracement and mental health: systematic review of the
literature**

SUELY APARECIDA DE OLIVEIRA MULLER¹
VANIA MORENO²

RESUMO: Trata-se de uma investigação que utilizou como estratégia metodológica a revisão sistemática, possibilitando conhecer as experiências que articulam o acolhimento e a saúde mental com os referencias teóricos que têm sido utilizados neste campo e que estão em consonância com pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Foi realizado um levantamento bibliográfico na base de dados da Scientific Electronic Library Online. E os artigos foram selecionados a partir da questão que permeou o estudo: conhecer a contribuição das investigações científicas publicadas nos periódicos, durante o período de 2007 a 2012. A partir da análise de dados emergiram duas categorias: Centro de Atenção Psicossocial e atenção primária à Saúde.

Palavras-chave: Acolhimento, saúde mental, cuidado em saúde mental.

ABSTRACT: The present study is about an investigation that used as methodological strategy the systematic review enabling know the experiences that articulate the Embracement and Mental Health with the theoretical references that have been used in this field and which are in line with the assumptions of Psychiatric Reform. A literature review was carried out in the database of the Scientific Electronic Library Online. The articles were selected from the issue that permeated the study to evaluate the contribution of scientific research published in periodicals during the period 2007 to 2012. From the data analysis, two categories emerged: Psychosocial Care Center and Primary Health Care.

Key-words: Embracement, Mental Health, Mental Health Care.

¹Aluna do Curso de Especialização em Saúde Mental. UNINGÁ. Rua Dr. João Candido Villas Boas, nº 1135. Vila Nova Botucatu. CEP. 18608.226. Botucatu. SP suelymuller@hotmail.com.

²Professora, Orientadora, Doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Brasil(2001). RDIDP da Faculdade de Medicina de Botucatu , Brasil

INTRODUÇÃO

A saúde mental e a Política Nacional de Humanização constituem-se novos modelos de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial quando se aponta para o acolhimento.

A saúde mental tem vários significados. Neste estudo tomamos como referência um campo de conhecimento em que se entrelaçam várias áreas de conhecimentos, caracterizando-se por ações inter e transdisciplinar e intersetorial (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Ao entender a saúde mental como um campo complexo de conhecimentos e ações busca-se antagonizar como a forma em que a psiquiatria foi constituída enquanto ciência, balizada pelo modelo positivista, buscava conhecer/reconhecer os sintomas apresentados, medicalizá-los, propor o isolamento da família e comunidade como forma de tratamento (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Por humanização compreende-se a valorização das diferentes pessoas envolvidas no processo de produção de saúde. Os destaques que orientam esta política são a autonomia e a valorização da importância dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva na realização de gestão que é inseparável a atenção e a gestão (BRASIL, 2004).

O acolhimento é uma ação técnico-assistencial que presume a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo este como sujeito e participante ativo no seu tratamento (Ministério da Saúde, 2004). Partindo desta perspectiva, o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, visando atender os usuários de uma forma receptiva e atenciosa, assumindo uma postura capaz de escutar, acolher e ajustar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilidade, orientando, se necessário, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (1998) a palavra acolhimento tem o significado de ato ou efeito de acolher, recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho. E acolher significa dar acolhida ou agasalho, hospedar, receber, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, admitir, aceitar, tomar em consideração; atender a.

No dicionário Houaiss (2009) acolhimento significa ato ou efeito de acolher, acolhida; maneira de receber ou de ser recebido; recepção, consideração; abrigo gratuito, hospitalidade; local seguro; refúgio, abrigo. E acolher significa oferecer ou obter refúgio; proteção ou conforto físico; dar ou receber hospitalidade; hospedar.

Gomes (2005) sugeriu que os sentidos conferidos às palavras não se relacionam diretamente às questões de saúde, mas podemos reconhecer alguns de seus significados como atenção, consideração, abrigo, receber, atender, dar crédito a, dar ouvido a, admitir, aceitar, tomar em consideração, proteção, ter ou receber alguém junto a si, qualidades de atenção integral a saúde.

O acolhimento na saúde deve construir uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania (MERHY, 2002).

O Ministério da Saúde resolveu dar prioridade ao atendimento com qualidade e a compartilhar o cuidado entre os gestores, trabalhadores e usuários. Esta é a proposta do HumanizaSUS (BRASIL, 2004).

Portanto, faz-se necessário conhecer como vem ocorrendo a articulação entre o acolhimento e a saúde mental nas produções científicas sobre a temática.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Para o desenvolvimento deste estudo fez-se uso dos pressupostos da revisão sistemática da literatura, pois o seu desenvolvimento consiste na possibilidade de conhecer as experiências que articulam o acolhimento e a saúde mental nos cenários da atenção primária e nos serviços substitutivos e que vão de encontro ao ideário da Reforma Psiquiátrica.

Para a realização da presente revisão seis etapas foram percorridas: estabelecimento do problema de revisão; seleção da amostra; categorização dos estudos; análise dos resultados; apresentação e discussão dos resultados; e por fim, apresentação da revisão.

Estabeleceu-se o seguinte questionamento: Qual a contribuição das investigações científicas publicadas nos periódicos, durante o período de 2007 a 2012 sobre o acolhimento e saúde mental?

Para identificar os estudos publicados sobre saúde mental na atenção básica foi efetuado uma busca on-line nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO) no sítio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados estudos publicados

nacionalmente, e indexados na base de dados acima referidos, durante os anos 2007 a 2012. Estes foram organizados em pastas individualizadas para cada agrupamento de temáticas.

Utilizaram-se os seguintes descritores de assunto nos campos de busca das bases de dados: acolhimento e saúde mental, havendo a correlação entre os mesmos no sentido de refinar a população do estudo. Essa busca se deu no decorrer do mês de junho de 2013.

Por meio dessa consulta se identificou no universo de 38 artigos, sendo que 15 não se relacionavam a temática estudada, 10 eram artigos repetidos na listagem e 13 artigos foram analisados.

A análise dos dados buscou atingir os objetivos e o exame minucioso permitiu elaborar duas categorias: Centro a Atenção Psicossocial (CAPS) e atenção primária a Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentando os artigos analisados

Oito artigos foram publicados em revistas cujo escopo era de saúde coletiva, quatro artigos foram publicados em revistas de enfermagem e um em revista de psicologia.

Entre os autores predominou a região Sudeste, seguida pela região Nordeste e pela região Sul.

Um artigo foi publicado em 2008, três em 2009, dois em 2010, cinco em 2011 e dois em 2012.

1) Centro a atenção Psicossocial (CAPS)

No CAPS de Sobral-CE o acolhimento é considerado como uma etapa do processo de cuidar, sendo um dispositivo que permeia todo o projeto terapêutico do indivíduo desde a sua construção. É um processo compartilhado entre equipe de saúde mental e usuário, perpassa toda a singularidade do portador (JORGE et al., 2011).

Jorge et al. (2011) relatou que no cotidiano dos serviços de saúde deve-se priorizar a tecnologia leve como meio para atingir a integralidade e a humanização do cuidado. Essa prática pode ser baseada no acolhimento, no diálogo, no vínculo, na corresponsabilidade e na escuta ativa entre profissional e usuário dos serviços de saúde.

No CAPS do Município de Sobral (CE) a organização do serviço está transversalizada pelo acesso referenciado e o acolhimento. O acolhimento é estabelecido por meio de um atendimento de qualidade, de um tratamento baseado no respeito, no diálogo, na escuta qualificada, na

criação de um elo de confiança e de amizade entre ambos (trabalhadores de saúde e usuários/família) (JORGE et al., 2011).

Em um estudo que avalia o Centro de Atenção Psicossocial e atenção primária à saúde, os profissionais entrevistados se encontram com suas práticas distantes do que é recomendado para serviços de saúde, ou seja, acolhedores, responsáveis e integralizadores do cuidado dos usuários. Existe ausência de recursos humanos, materiais, dificuldades comunitárias, incoerências entre os profissionais ou unidades, entre outros (ARAUJO; TANAKA, 2012).

Um artigo investigou a atuação da enfermagem nos serviços de atenção psicossocial e foi considerado como essencial, pois profissional quase sempre é responsável pela acolhida do usuário, criando vínculos afetivos, de confiança, de escuta e de relações interpessoais entre usuários e familiares. A enfermeira constitui-se como o profissional de referência para a maioria dos usuários dos CAPS pesquisados (OLIVEIRA; SILVA; SILVA, 2009).

Foi observado que o enfermeiro representa o elo entre profissionais e usuários, a intervenção necessária para que informações importantes acerca dos usuários circulem, haja maior interação entre profissionais e usuários, e continuidade no tratamento. O enfermeiro, ao propiciar o envolvimento efetivo dos profissionais da equipe no processo terapêutico, estimula formas de cuidados que atendem a totalidade do sujeito com transtorno mental (OLIVEIRA; SILVA; SILVA, 2009).

No CAPS Profeta Gentileza no Rio de Janeiro, através de um relato de caso de um paciente em que o acesso, o acolhimento e o acompanhamento tiveram êxito devido a supervisão do caso, que cumpriu a sua função de suporte ao trabalho. Como um dispositivo "a mais", enlaça a equipe e chama a sua responsabilização no cotidiano, mantendo a troca de experiências e informações para aprimorar estratégias de ação a cada passo (SCHMIT; FIGUEIREDO, 2009).

Em uma investigação no CAPS do município de Campinas, os relatos de profissionais analisados indicam a falta de recursos materiais, o espaço físico impróprio, os diferentes tipos de vínculo empregatício e o desconhecimento do papel do CAPS por parte de alguns profissionais figuraram como obstáculos ao oferecimento do cuidado integral. Em contrapartida, a perspectiva do desenvolvimento de um trabalho voltado ao acolhimento, a construção de projetos terapêuticos singulares, o matriciamento, as supervisões e reuniões de equipe apontaram para transformações positivas nos processos de trabalho, evidenciando os diferentes contornos das vivências analisadas. Tais transformações

funcionam como dispositivos instrumentos que potencializam as ações terapêuticas, o trabalho coletivo e dialógico, e se aproximam das diretrizes estabelecidas tanto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como pela atual Política Nacional de Humanização, especialmente sobre o processo de constituição de uma rede articulada de cuidados em saúde (BALLARIN et al., 2011).

Uma pesquisa apresenta a experiência de sucesso que utiliza como dispositivo para a produção do cuidado, o acolhimento ocorrido no Hospital-Dia da cidade de Fortaleza. O acolhimento desenvolvido pela equipe multidisciplinar envolve-se com a escuta do sujeito, empenha-se na resolução de seus problemas. Tem a finalidade de qualificar a relação entre equipe e usuário, com vistas à integralidade do atendimento ao sujeito. (BENEVIDES et al., 2010).

No Hospital-Dia (HD), o acolhimento diário propicia à equipe multiprofissional manter-se inteirada da realidade vivenciada pelos indivíduos nos cenários extra-hospitalares. A família também é acolhida nas reuniões de grupo: dúvidas e angústias são ouvidas, esclarecimentos e confortos são prestados a essas pessoas. No HD, a equipe tem utilizado mecanismos para a produção do cuidado, tais como vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. (BENEVIDES et al., 2010).

2) Atenção Primária à Saúde

Atenção primária à saúde tem sido apontada como espaço privilegiado para a implementação de políticas públicas, sendo a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, particularmente a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1994 (MELKE; OSCHOWSKY, 2011).

O acolhimento e o vínculo na atenção primária à saúde são eixos norteadores na assistência. Principalmente se desenvolvidos ao portador de transtorno mental, estes proporcionam um atendimento humanizado em saúde (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, o objetivo do Programa Saúde da Família é o de cooperar para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção primária à saúde, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, aplicando uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de compromissos entre os serviços de saúde e a população (RODRIGUES; LIMA; RONCALLI, 2008).

O Ministério da Saúde quer que haja integração entre a equipe do Programa de Saúde da Família e os profissionais de Equipes de Saúde

Mental e pretende reestruturar a assistência psiquiátrica, onde indica a existência de equipes matriciais de apoio à saúde da família. Apoio matricial é um arranjo organizacional que visa conceder suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

As Equipes de Saúde da Família devem formar vínculos de compromisso e corresponsabilidade entre seus profissionais de saúde e a população, ligada por meio do conhecimento dos indivíduos, famílias e recursos disponíveis nas comunidades; da busca ativa dos usuários e suas famílias para o acompanhamento ao longo do tempo dos processos de saúde-doença, que os acometem ou poderão acometer; do acolhimento e do atendimento humanizado e constante ao longo do tempo (BRASIL, 2006).

Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) estudada analisaram que utilizam diversas tecnologias em saúde para efetuar ações de saúde mental, entre elas acolhimento, escuta, vínculo, visita domiciliar, discussão de casos, consulta médica e grupo terapêutico porque são tecnologias leves, avanço indispensável relacional e intercessor (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011; CAMURI; DIMENSTEIN, 2010).

Na ESF estudada, a prioridade no atendimento é a acolhida e escuta ao usuário e, mesmo que, aparentemente, não se possa ser resolutivo, os entrevistados avaliaram essas atividades como ações de saúde mental, pois entendem que o aspecto relacional implicado nessas interferências, atende a uma necessidade de saúde daqueles que lá chegam, promovendo saúde mental. A consulta médica também se constitui em uma ação importante no âmbito da saúde mental. O momento da consulta, assim como o acolhimento, é uma importante tecnologia para a escuta das necessidades do usuário (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011).

A consulta médica de saúde mental está muito ligada com a questão da farmacologia, ou seja, o ato da renovação da receita dos psicofármacos. Não resta dúvida que uma boa clínica, a qual detecta e avalia sintomas que orientam uma conduta terapêutica, é fundamental no trabalho em saúde (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011).

Os profissionais investigados assimilam parcialmente a proposta do PSF em relação ao cuidado; ou seja, as tecnologias leves (acolhimento, vínculo, responsabilização) não são ainda incorporadas de forma efetiva; há uma dissociação entre o dizer e o fazer. Faz-se

necessária à associação dos conhecimentos técnicos, de novas configurações tecnológicas e novas micropolíticas no trabalho em saúde, inclusive no terreno ético. As tecnologias leves, quando apostam no diagnóstico sensível à subjetividade, nas relações de poder e afeto, nos códigos familiares subliminares, entre outros, inferem à ampliação da pauta técnica para a pauta ética, baseada em cidadania, solidariedade e humanização (RODRIGUES; LIMA; RONCALLI, 2008).

A própria abertura para outros recursos para além do enquadre clínico da consulta possibilitada pela forma de arrumar o trabalho na ESF contribui para esta percepção ampliada, ao passo que a equipe procura variar as estratégias de assistência oferecendo, além das consultas, atividades em grupo e outras atividades comunitárias, bem como incorporando cotidianamente as visitas domiciliares também enquanto estratégia de assistência. Adquirir consciência das inúmeras dificuldades que a população atendida vivencia neste processo é também uma fonte de sofrimento para os profissionais (VECCHIA; MARTINS, 2009).

O acolhimento como recurso terapêutico e o vínculo e continuidade da atenção enquanto possibilidades de suspensão com a exclusividade do núcleo biomédico na determinação do processo saúde-doença têm sido evidenciados por estudos enquanto uma potencialidade importante da estratégia de saúde da família, o que também se verificou no presente trabalho (VECCHIA; MARTINS, 2009).

Os conceitos, valores, imagens, símbolos, enfim, no conteúdo da representação social do cuidado criado pelos sujeitos, este é entendido de forma fragmentada, na medida em que predominam apenas alguns elementos que representam o cuidado em saúde, isto é, acolhimento e atenção, ficando de fora todos os outros elementos fundamentais à produção do cuidado em saúde (RODRIGUES; LIMA; RONCALLI, 2008).

As falas dos profissionais entrevistados denunciam uma desarticulação das ações de saúde mental produzidas na ESF e na unidade de saúde, fato este que favorece a produção de ações isoladas, nas quais o acolhimento e a escuta do sujeito são pouco explorados pela equipe. Isto manifesta, também, a reprodução e não a inversão do modelo assistencial que, em princípio, poderia ser deflagrado pela dinâmica das ações organizadas pelas equipes de Saúde da Família (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Estudos realizados que apontam os inúmeros problemas vividos pelas equipes da ESF no país quando analisam a atenção em saúde mental. Essas equipes atendem cotidianamente uma demanda importante

de transtornos mentais, sejam comuns e/ou graves, muitos dos quais ficam fora de seu âmbito de atenção porque essas equipes não sabem o que fazer diante dessa demanda. As equipes não tem nenhum direcionamento sobre que tipos de intervenções devem ser desenvolvidas para essas pessoas com necessidades múltiplas, vivendo situações de isolamento social, de abandono familiar e com baixo nível de adesão aos serviços de saúde. Desta forma não tem conseguido impactar no processo de desinstitucionalização e se compromete com a Política Nacional de Humanização (CAMURI; DIMENSTEIN, 2010).

No entanto, algumas fragilidades ou contradições são detectadas por alguns pesquisadores no desenvolvimento da ESF e parecem ser semelhantes às adversidades encontradas na operacionalização das políticas de saúde mental no país, dentre as quais destacam-se: a verticalização e normatividade da ESF reforçam o caráter prescritivo e autoritário, típico dos tradicionais programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, complicando a adequação da assistência às realidades locais; o despreparo dos profissionais para lidar com conteúdos ligados ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência; a tendência à medicalização dos sintomas e, por fim, a dificuldade de estabelecer de fato serviços de referência e contra referência (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Uma aproximação entre os CAPS e a atenção primária – em especial, com o PSF – aumenta o potencial desses serviços como agenciadores de novos modos de cuidado, que possa realmente dispensar o recurso hospitalar (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Observa-se que no Movimento de Saúde Mental Comunitário do Bom Jardim em Fortaleza as relações são orientadas por respeito e acolhimento, e menos pela anulação da diferença e mera aplicação de técnicas; aproximação, presença e disponibilidade da equipe; constatação das necessidades dos usuários, bem como pela produção de diálogos com múltiplos atores: os usuários e sua rede relacional - familiares, vizinhos e pessoas do território (BOSI et al., 2012).

REFLEXÃO

O acolhimento e a saúde mental que foi investigada neste estudo a partir das produções científicas apontam que ainda há uma fragilidade nos serviços de atenção primária à saúde em acolher o portador de transtorno mental.

Nos estudos realizados junto aos centros de atenção psicossocial pode-se notar que o acolhimento já encontra-se incorporado ao processo de trabalho, o que permite ao portador uma acolhida singular nos serviços de saúde mental.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A.K.; TANAKA, O.Y. Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS E UBS em análise. **Rev Interface**, v.16, n. 43, p 917-28 2012.

BALLARIN, M.L.G.S et al. Centro de atenção psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva. **Rev Psicologia em Estudo**, v.16, n 4, p.603-11, 2011.

BENEVIDES, D.S. et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Rev Interface**, v.14, n.32, p.127-138, 2010.

BOSI, M.L.M. et al. Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. **Rev Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 643-51, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília; 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária Executiva: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

CAMURI, D.; DIMENTEIN, M. Processos de Trabalho em Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Rev. Saúde Soc**, v.19, n.4, p.803-813, 210.

CORREIA, V.R.; BARROS, S.; COLVERO, L.A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.6, p. 1501-06, 2011.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1988.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. 1 ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

JORGE, M.B.B. et al. Promoção da Saúde Mental. Tecnologias do Cuidado: vínculo acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Rev Ciênc Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p. 3051-60, 2011.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. **Saúde mental e saúde coletiva**. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**: São Paulo: Fiocruz, 2006.

MERHY, E.F. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnossistencial em defesa da vida. (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade de ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (ORG.) **Inventando a mudança em saúde**. Hicifec, p. 116-160, 1994.

MIELKE, F.B.; OLSCHOWSKY, A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Esc Anna Nery**, v.15, n.4, p. 762-68, 2011.

OLIVEIRA, F.B.; SILVA, K.M.D.; SILVA, J.C.C. Percepção sobre a prática de enfermagem em centros de atenção psicossocial. **Rev Gaúcha Enfermagem**. (Online), v. 30, n.4, p. 692-9, 2009.

RODRIGUES, M.P.; LIMA, K.C.; RONCALLI, A.G.A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Rev Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, n.1, 2008.

SCHIMIT, M.B.; FIGUEIREDO, A.C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. **Rev Latino Am Psicopat Fund.**, v.12, n.1, p. 130-40, 2009.

SILVEIRA, D.P.; VIEIRA, A.L. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Rev Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 139-48, 2009.

VECCHIA, M.D.; MARTINS, S.T.F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Rev Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p. 183-93, 2009.

Enviado em: agosto de 2013.

Revisado e Aceito: setembro de 2013.

**Segurança e saúde de profissionais que trabalham em
espaços confinados**
Safety and health professionals working in confined spaces

HELLEN MELLO GALVÃO¹
CAIO CAVASSAN DE CAMARGO²

RESUMO: Espaços confinados são ambientes que possuem entrada e saída restrita, não projetados para ocupação humana contínua, e apresentam riscos como: diminuição de oxigênio, baixa ventilação, exposição de agentes químicos e físicos, explosões e incêndios. Este estudo objetivou levantar a importância do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), os deveres e responsabilidades de empresas e trabalhadores, e diagnosticar medidas para que um ambiente se torne seguro, em conformidade com as disposições da Norma Regulamentadora nº33. Foi realizada revisão sistemática da literatura, nas principais bases de dados, buscando artigos nacionais relevantes publicados no período de 2002 à 2012, utilizando os seguintes descritores: ‘saúde’, ‘segurança’, ‘trabalhador’. Foram encontrados vinte artigos, dos quais quatro atenderam aos critérios de inclusão, foram aceitas publicações completas referentes à segurança e saúde do trabalhador em espaço confinado. Em todos os artigos foi observado que trabalhadores necessitam de capacitação, informação, treinamentos e motivação, pois são o maior patrimônio que uma empresa possui, e esta, por sua vez, deve criar mecanismos que garantam a melhoria dos recursos humanos e da qualidade de vida de cada um de seus colaboradores.

Palavras-chave: Saúde, segurança, trabalhador, espaços confinados.

ABSTRACT: Enclosed spaces are environments that have restricted circulation, it isn't designed for continuous human occupancy presenting risks such as decreased oxygen, low ventilation, exposure to chemical

¹Aluna do curso de pós-graduação em Enfermagem do Trabalho da UNINGÁ. Contato: Rua Egidio Gesualdi, 1678, Bairro Florentino Dognani, Itai/SP Brasil. CEP: 18730-000. Email: hellengalvao@hotmail.com

²Professor orientador do curso de pós-graduação em Enfermagem do Trabalho da UNINGÁ, Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva Adulta, Mestre em Doenças Tropicais pela Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Contato: Rua Antonio Brasilino Favero, 289 Jardim Flamboyant, Botucatu/SP Brasil. CEP: 18610-101. Email: caiocavassan@yahoo.com.br

and physical agents, fires and explosions. This study aimed to raise the importance of the use of Personal Protective Equipment (PPE), the duties and responsibilities of companies and workers, and measures to diagnose a secure environment becomes, in accordance with the provisions of the Regulatory Standard 33. A systematic review of the literature was carried out in the major databases to find articles relevant national published from 2002 to 2012 using the following keywords: 'health', 'safety', 'worker'. Twenty articles were found, of which four met the inclusion criteria, were accepted full publications regarding the safety and health of workers in confined space. On all items was observed that workers need training, information, training and motivation, as they are the greatest asset a company has, and this, in turn, should create mechanisms to ensure the improvement of human resources and quality of life each of its employees.

Key-words: health, safety, worker, confined spaces.

INTRODUÇÃO

Espaços Confinados

Espaços confinados são ambientes que possuem horários específicos de entrada e saída, não projetados para a ocupação humana contínua, e constituídos de fatores de riscos à saúde como: oxigenação diminuída por pouca ou nenhuma ventilação natural, baixa luminosidade, presença de agentes químicos e físicos e ainda possibilidades de explosões e/ou incêndios. São exemplos típicos de espaços confinados: caldeiras, tanques, poços, transportadores, silos, tubulações, torres, colunas de destilação, caixas de passagem, fornos, moinhos, secadores, prensas, dutos de ventilação, entre outros serviços de gás, de água e esgoto, eletricidade, telefonia, construção civil, beneficiamento de minérios, siderúrgicas (FUNDACENTRO, 2006).

Devido às condições insalubres, esses espaços são propensos a ocorrência de altos índices de acidentes de trabalho, acometendo, em especial, pessoas jovens em idade produtiva, acarretando assim grandes problemas sociais e econômicos, além de serem potencialmente fatais e incapacitantes.

Acidentes de Trabalho vs. Dados Estatísticos

Apesar de não existirem no Brasil, dados estatísticos oficiais relacionados a acidentes de trabalhos em espaços confinados, uma pesquisa realizada pela Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO) juntamente com a Agência

Brasil de Segurança (ABS) relacionou 103 acidentes de trabalho, ocorridos entre os anos de 1984 a 2000, com trabalhadores em espaços confinados. Esta pesquisa apresentou uma descrição sucinta dos acidentes e obteve o número de 95 vítimas fatais (KULCSAR; SCARDINO; POSSEBON, 2000).

O Ministério do trabalho lançou para consulta em 22 de dezembro de 2006, através da Portaria MTE n.º202, uma Norma Regulamentadora (NR-33) específica para trabalhadores em espaços confinados, cujo objetivo é identificar, reconhecer, monitorar e controlar os riscos, de forma a garantir permanentemente saúde e segurança aos trabalhadores (MTE, Portaria n.º 202, 12/2006).

Para Francisco Kulcsar, pesquisador da FUNDACENTRO, no Brasil, os acidentes em espaços confinados, não acontecem apenas por níveis incorretos de oxigênio, inalação de produtos tóxicos, quedas ou explosões, mas essencialmente, por falta de informação (KULCSAR; SCARDINO; POSSEBON, 2000).

Parte dos serviços realizados em empresas e usinas acontece em locais com as características citadas anteriormente, sendo de obrigação dos empregadores o fornecimento de treinamento e instruções para realização de todos os procedimentos, além da disponibilização de equipamentos para proteção individual. Todos, incluindo trabalhadores e empregadores, devem receber as instruções necessárias antes de cumprir com suas obrigações e responsabilidades dentro de uma empresa (PIMENTEL, 2009).

Prevenção de acidentes

Para a prevenção de acidentes, doenças ou mortes, os espaços confinados devem apresentar condição ambiental livre de quaisquer riscos, e os critérios técnicos de proteção devem permitir a entrada e permanência para o trabalho em seu interior com segurança (SILVA, 2009).

Segundo JAVERT, o desafio maior dos gerentes e supervisores é como obter e manter o cumprimento da legislação e das normas internas dentro da empresa. O principal aspecto nesta questão é garantir que estes líderes sejam o exemplo dentro da organização através de atitudes proativas com relação às questões de segurança, saúde, qualidade e meio ambiente na melhoria contínua das condições de trabalho.

Dentro de uma empresa ou organização, privada ou pública, deve haver a colaboração e a participação de todos, no que tange à saúde e segurança no trabalho e dessa forma, cada um deve assumir as

responsabilidades a ele atribuídas (SILVA, 2009). Desde 22 de dezembro de 2006, quando entrou em vigor a NR nº.33, pela portaria nº 202, assinada pelo então ministro do trabalho Luiz Marinho, a segurança para realização do trabalho em espaços confinados passou a ser de responsabilidade dos empregadores.(Ministério do Trabalho Lei 6.514/77).

Colaboradores de toda e qualquer empresa, que estejam expostos a agentes agressivos e/ou riscos de acidentes, em suas atividades laborais diárias, deverão receber orientação detalhada sobre quais riscos estão expostos, e as medidas que deverão tomar para evitar acidentes. O empregador deve ainda, indicar um responsável técnico pelo cumprimento da NR 33, que estará habilitado a identificar espaços confinados dentro da empresa; elaborar medidas técnicas administrativas e pessoais de prevenção, de emergências e resgate; identificar riscos específicos; e garantir a capacitação continuada dos trabalhadores.(Ministério do Trabalho Lei 6.514/77; BRASIL, 1977).

Cabe ainda ressaltar, que como medida administrativa, deve-se permitir o acesso a espaços confinados somente a trabalhadores habilitados e interromper todo e qualquer tipo de procedimento, em caso de suspeição de condição de risco grave e iminente com orientação de abandono imediato do local. (Ministério do Trabalho Lei 6.514/77).

Tendo em vista a problemática apresentada acima, este estudo teve como objetivos, fazer uma revisão sistemática dos artigos que abordam tanto importância do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), quanto os deveres e responsabilidades de empresas e trabalhadores, além de diagnosticar medidas, para que um ambiente se torne seguro, em conformidade com as disposições da NR 33.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, envolvendo referenciais teóricos no site governamental da Saúde de Trabalhador da FUNDACENTRO e nos bancos de dados disponíveis da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), na base de dados científicos SciELO (Scientific Electronic Library Online), buscando os artigos nacionais mais relevantes publicados no período de 2002 à 2012. Utilizando como ferramenta de busca os descritores propostos a seguir: 'saúde', 'segurança', 'trabalhador'.

Como critérios de inclusão, foram aceitas publicações completas referentes à segurança e saúde do trabalhador em espaço confinado, capítulos de livros que abordaram a temática em estudo e ainda dados de bancos de dados virtuais com disponibilidade contínua de acesso. Os critérios de exclusão foram: Artigos repetidos na mesma base de dados quando utilizados descritores diferentes que convergiam para o mesmo resultado; e artigos cuja casuística não fosse nacional.

RESULTADOS

Foram encontrados vinte artigos, e após a leitura exploratória de todos, foram selecionados quatro que responderam aos objetivos do estudo. Na tabela a seguir (TABELA 1.) são apresentados os principais dados relacionados aos artigos.

Tabela 1.Dados Pesquisados

Nome do artigo	Autores	Ano Publicação	Resultados Observados
Implantação da NR 33 em uma unidade armazenadora de grãos.	SOLDERA, R.B.	2012	Profissionais de segurança e as linhas de supervisão: reconhecer, avaliar e controlar os riscos inerentes aos trabalhos em espaços confinados. Colaboradores devem ter conhecimento dos riscos e serem treinados pra efetuar as atividades nestes ambientes.
Análise do trabalho em espaços confinados : o caso da manutenção de redes subterrâneas	ARAÚJO, A.N.	2006	Cinco procedimentos, considerados como padrões mínimos para a realização de trabalhos seguros em espaços confinados: reconhecimento, monitoramento da atmosfera, ventilação, treinamento e resgate.
Os riscos de trabalho em espaços confinados	SERRÃO, L.; GUELHAS, O.; LIMA, G.	2003	O texto apresentou informações básicas relacionadas ao reconhecimento dos riscos encontrados para o trabalho em espaços confinados.

Análise de risco em um espaço confinado na purac sínteses	RANGEL, A.T.; ROCHA, D.C.G; MIRANDA, M.C; MELO, N.A.F.	2010	Os resultados encontrados consistem nas Análises Preliminares de Riscos desenvolvidas, levando em consideração os riscos intrínsecos do local, tanto no que diz respeito ao espaço em si quanto aos principais riscos provenientes de serviços executados dentro do mesmo.
---	--	------	--

DISCUSSÃO

Segurança no trabalho é preservação da vida e da saúde dos trabalhadores, também considerando aliada nos cuidados com o meio-ambiente, além da sua obrigatoriedade. Dentre os locais onde os operários têm a necessidade de executar serviços, os espaços confinados merecem uma atenção especial por apresentar em número limitado de entradas e saídas, déficit no nível de oxigênio, ventilação desfavorável, o que pode levar a um acúmulo de substâncias tóxicas ou inflamáveis, tornando-os inapropriados para a ocupação contínua dos trabalhadores.

Os riscos de trabalho em espaços confinados são divididos em duas categorias segundo Rekus (1994), perigos atmosféricos e perigos físicos. Atmosféricos são causados por baixa ou elevada concentração de oxigênio, presença de resíduos tóxicos ou irritantes dispersos no ar, já os perigos físicos são relacionados a problemas mecânicos, elétricos, térmicos, soldagem, matérias perfuro-cortantes, do tráfego e pedestres.

O Instituto Nacional para Segurança e Saúde Ocupacional classifica os espaços confinados em três categorias (NIOSH, 1997):

- Espaço classe A é aquele que apresenta situações que são imediatamente perigosos para a vida ou a saúde. Incluem os espaços que tem deficiência de oxigênio ou contem explosivos, inflamáveis ou atmosferas tóxicas;

- Espaço classe B não apresenta ameaça ou perigo para a vida ou a saúde, mas tem o potencial para causar lesões ou doenças, se medidas de proteção não forem usadas;

- Espaço classe C é aquele onde qualquer risco apresentado é insignificante, não requerendo procedimentos ou práticas especiais de trabalho.

Os espaços confinados devem ser reconhecidos, identificados, cadastrados e isolados para que pessoas não autorizadas e sem treinamento não tenham acesso. Deve existir sinalização adequada com

informação clara e permanente, proibindo a entrada de pessoas não autorizadas no interior do espaço confinado. (Norma Regulamentadora nº 33, 2009).

A Norma Brasileira Regulamenadora 14787, item 7, diz que para avaliação e reconhecimento de espaços confinados e seus respectivos riscos deve-se:

Reconhecer os espaços confinados existentes, cadastrando-os e sinalizando-os.

Restringir o acesso a todo e qualquer espaço que possa propiciar risco à integridade física e à vida.

Garantir a divulgação da localização e da proibição de entrada em espaço confinado para todos os funcionários não autorizados.

Designar as pessoas que tem obrigações ativas nas operações de entrada, identificando os deveres de cada trabalhador, e providenciar o treinamento requerido.

Testar as condições nos espaços confinados para determinar se as condições de entrada são seguras. Monitorar continuamente as áreas onde os trabalhadores autorizados estiverem operando (ABNT, 2001).

Portanto, deve-se antecipar e reconhecer os riscos em espaços confinados para se proceder a avaliação e o controle antes da entrada dos trabalhadores e verificar se o interior do espaço confinado é seguro. Avaliar a atmosfera antes da entrada e monitorar continuamente durante a execução dos trabalhos para permitir a permanência segura dos trabalhadores (SOLDERA, 2012).

Como medida de segurança a ABNT designou responsabilidades técnicas a determinados cargos de empresas como: **Supervisor** deverá avaliar o local confinado e suas condições ambientais, verificar o uso de EPI e realização de procedimentos, para depois emitir a autorização para trabalho de risco/ Permissão de entrada em local trabalho (PET) (anexo I) (SOLDERA, 2001); o **Vigia** é aquele que se posiciona fora do espaço confinado e monitora os trabalhadores autorizados, realizando todos os deveres definidos no programa para entrada em espaços confinados (ABNT, 2001; BRASIL, 2007); **Trabalhadores autorizados** são os profissionais com capacitação e autorização do empregador, ou seu representante com habilitação legal, para entrar em um espaço confinado permitido (ABNT, 2001).

Cada trabalhador deve portar aPET, que documenta a conformidade das condições locais e autoriza a entrada em cada espaço

confinado, deve identificar a qual espaço confinado há autorização de entrada, objetivo, data e duração da autorização da permissão de entrada; identificação individual por nome e função que irão desempenhar; assinatura e identificação do supervisor que autorizou a entrada; riscos do espaço confinado a ser adentrado; medidas usadas para isolar o espaço confinado e para eliminar ou controlar os riscos do espaço confinado antes da entrada. A permissão de entrada é válida somente para uma entrada (ABNT, 2001).

De acordo com Soldera e colaboradores para a realização de trabalhos em espaços confinados, a empresa deverá dispor de meios que forneçam proteção coletiva aos colaboradores envolvidos nestas atividades, que possibilitarão que o trabalho seja desempenhado com segurança, sem danos aos colaboradores, como equipamentos de resgate, equipamentos para medições de gases, equipamentos de comunicação e iluminação. (SOLDERA, 2012).

Os EPI são matérias indispensáveis em atividades que oferecem riscos ocupacionais, sendo de obrigação das empresas, a disponibilização aos colaboradores para o desempenho de sua tarefa. Cada EPI deve ser selecionado de acordo com o risco a que o trabalhador está exposto. São considerados EPI entre outros materiais: Luvas (PVC ou raspa); cinto de segurança paraquedista; Talabarte em Y; Botas de segurança com solado antiderrapante ou de borracha; Óculos de segurança; Respirador para partículas sólidas (PFF2); Capacete com jugular. (ABNT, 2001).

Existem outros equipamentos que podem ser utilizados para mensurações e que deverão estar disponíveis, sem custo aos trabalhadores, funcionando adequadamente e assegurando a proteção adicional e prévia:

a) equipamento de sondagem inicial e monitorização contínua da atmosfera, calibrado e testado antes do uso, adequado para trabalho em áreas potencialmente explosivas. Os equipamentos que forem utilizados no interior dos espaços confinados com risco de explosão deverão ser intrinsecamente seguros e protegidos contra interferência eletromagnética e radiofrequência, assim como os equipamentos posicionados na parte externa dos espaços confinados que possam estar em áreas classificadas;

b) equipamento de ventilação mecânica para obter as condições de entrada aceitáveis, através de insuflamento e/ou exaustão de ar. Os ventiladores que forem instalados no interior do espaço confinado com risco de explosão deverão ser adequados para trabalho em atmosfera potencialmente explosivo, assim como os ventiladores posicionados na

parte externa dos espaços confinados que possam estar em áreas potencialmente explosivas;

c) equipamento de comunicação, adequado para trabalho em áreas potencialmente explosivas;

d) equipamentos de proteção individual e movimentadores de pessoas adequados ao uso em áreas potencialmente explosivas;

e) equipamentos para atendimento pré-hospitalar;

f) equipamento de iluminação, adequado para trabalho em áreas potencialmente explosivas (ABNT, 2001).

Nos programas de prevenção de riscos para espaços confinados devem ser realizados estudos minuciosos dos meios e possibilidades para retirada e socorro das pessoas envolvidas nestas operações, com equipes treinadas e com equipamentos adequados ao resgate, socorro e remoção no caso de um possível acidente. Os meios de minimização de consequências devem ser levados em conta em trabalhos desta natureza para se evitar a perda de vidas e os traumas nos colaboradores envolvidos (SOLDERA, 2001).

Os seguintes requisitos se aplicam aos empregadores que tenham trabalhadores que entrem em espaços confinados para executar os serviços de resgate:

a) o empregador, ou seu representante com habilitação legal, deverá assegurar que cada membro do serviço de resgate tenha equipamento de proteção individual, respiratória e de resgate necessários para operar em espaços confinados e que sejam treinados para seu uso adequado;

b) cada membro do serviço de resgate deverá ser treinado para desempenhar as tarefas de resgate designadas;

c) cada membro do serviço de resgate deverá receber o mesmo treinamento requerido para os trabalhadores autorizados;

d) cada membro do serviço de resgate deverá ser capacitado, fazendo resgate em espaços confinados, ao menos uma vez a cada 12 meses, por meio de treinamentos simulados nos quais eles removam manequins ou pessoas dos atuais espaços confinados ou espaços confinados representativos;

e) espaços confinados representativos são os que, com respeito ao tamanho da abertura, configuração e meios de acesso, simulam os tipos de espaços confinados dos quais o resgate será executado;

f) cada membro do serviço de resgate será treinado em primeiros-socorros básicos e em reanimação cardiopulmonar (RCP). Ao menos um

membro do serviço de resgate deverá estar disponível e ter certificação atual em primeiros-socorros e em RCP.

Poderão ser utilizados movimentadores individuais de pessoas, atendendo aos princípios dos primeiros-socorros, desde que não prejudiquem a vítima (ABNT, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os trabalhadores necessitam de capacitação, informação, treinamentos e motivação, pois são o maior patrimônio que uma empresa possui, e esta, por sua vez, deve criar mecanismos para garantir a melhoria dos recursos humanos e da qualidade de vida de cada um dentro da empresa.

O reconhecimento e a identificação dos riscos em espaços confinados, além de ser importante para garantir a saúde e segurança dos trabalhadores, é o primeiro passo para elaborar a permissão de entrada. O empregador não é o único responsável, o trabalhador também tem que ter consciência quanto aos perigos que estes trabalhos apresentam, cabendo a ele utilizar todos os EPI's indicados, e agir conforme as orientações da NR 33 e dos profissionais responsáveis pela segurança do trabalho.

A realização de um trabalho seguro em um espaço confinado está na atenção que a empresa deve dispensar aos trabalhadores, e na conscientização de todos eles para com o trabalho que realizam, pois promover a segurança é preservar a vida.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, A.N. **Análise do trabalho em espaços confinados**: O caso de manutenção em redes subterrâneas. Porto Alegre – RS: UFRS/Pós-graduação em engenharia de segurança de produção, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14 787: Espaço Confinado**: Prevenção de acidentes, procedimentos e medidas de proteção. ABNT: São Paulo, 2001. Disponível em: www.abnt.org.br. Acesso em 18/11/2012.

BRASIL. **Lei 6.514**, de 22 de dezembro de 1977.: Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação Das Leis do Trabalho, relativo a segurança e medicina do trabalho, e dá outras providências. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1977/6514.htm>. Acesso em 26/03/2012.

FUNDACENTRO - FUNDAÇÃO JORGE DUPRAT FIGUEIREDO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO. **Espacos Confinados – Livreto do Trabalhador**. São Paulo, 2006. Disponível em: www.fundacentro.gov.br. Acesso em 23/10/2012.

KULCSAR NETO, F.; SCARDINO P.; POSSEBON, J. **Espaços Confinados Acidentes Graves e Fatais**: Clipping de Notícias – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho, São Paulo, SP, Brasil, 2000.

MANCEBO, P.E.S. **Entrada e Permanência em Espaços Confinados**. 2012. Disponível em: www.crh.saude.sp.gov.br. Acesso em: 25/10/2012.

MARINHO, L. et al. **Segurança e Medicina do Trabalho**: normas Regulamentadoras. 63. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH- NIOSH. **Preventing Occupational Fatalities in Confined Spaces**.DHHSPublication n 86-110, 1986.

_____. **NR 33 - Segurança e saúde nos trabalhos em espaços confinados**. Brasília: Ministério do trabalho e emprego. In: **DOU** nº247, 27 dez. 2009.

PIMENTEL, M.V.G. A adequaçã o dos espaços confinados das usinas sucroalcooleiras à nova NR 33. 2009. Disponível em: www.amigosdanatureza.org.br. Acesso em 30/10/2012.

REKUS, J.F. **Complete Confined Spaces Handbook**. Nacional Safety Council.Lewis Publishers, 1994.381 p .

SERRÃO, L; GUELHAS, O.; LIMA, G. **Os riscos de trabalho em espaços confinados**. Rio de Janeiro, 2003.

SILVA, D.F. **Saúde e segurança nos trabalhos em espaços confinados nas usinas sucroalcooleiras**. 2009. Dissertação (Técnico em enfermagem do trabalho)- SENAC, Uberaba. 2009.

SOLDERA, R.B. Implantação da NR 33 em uma unidade armazenadora de grãos. 2012. Dissertação (Pós- graduação em engenharia de segurança do trabalho) – URNRS, Ijuí. 2012.

RANGEL, A.T. et al. **Análise de risco num espaço confinado na PURAC sínteses**. v.4, n.13,2010.

VALE, A.; ALVES, S. Espaços Confin ados: Por que os acidentes acontecem? **Revista CIPA**, São Paulo, n. 245, p. 48-69, 2000.

Enviado em: setembro de 2013.

Revisado e Aceito: outubro de 2013.

Psicoterapia grupal: benefícios dessa assistência aos usuários e a instituição
Group psychotherapy: benefits of this assistance to the users and institution

HELENICE BARREIROS ORPHEU¹
VÂNIA MORENO²

RESUMO: Trata-se de uma investigação que utilizou como estratégia metodológica a revisão sistemática. Foi realizado um levantamento bibliográfico na base de dados da Scientific Eletronic Library Online. Seis artigos foram selecionados a partir da questão que permeou o estudo, qual seja, conhecer a contribuição das investigações científicas publicadas nos periódicos nacionais no período de 2007 a 2012 sobre a psicoterapia grupal. A partir da análise de dados emergiram duas categorias: marcos referenciais e a psicoterapia grupal na prática clínica e nos serviços de saúde.

Palavras-chave: psicoterapia grupal, serviços de saúde, prática clínica.

ABSTRACT: The present study is about an investigation that used as methodological strategy the systematic review. A literature review was carried out in the database of the Scientific Electronic Library Online. Six articles, on Group Psychotherapy, were selected to evaluate the contribution of scientific research published in national periodicals during the period 2007 to 2012. From the data analysis, two categories emerged: Benchmarks and Group Psychotherapy in Clinic and Health Services.

Key-words: Group Psychotherapy, Health Services, Clinic

INTRODUÇÃO

A Psicoterapia Grupal é um processo de mudar o discurso “problemático” por outro mais fluído que permita à pessoa se relacionar

¹Aluna do Curso de Especialização em Saúde Mental. UNINGÁ. Rua Coronel José Vitoriano Vilas Boas, nº 50. Centro. CEP. 18600-130, Botucatu- SP, e-mail: heleniceorpheu@hotmail.com

²Professora, Orientadora, Doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Brasil (2001) RDIDP da Faculdade de Medicina de Botucatu.

melhor consigo mesma, na sua vida, bem como com outras pessoas. Assim, a mudança é compreendida como um processo em que as pessoas passam a utilizar narrativas preferíveis sobre si mesmas e suas vidas (LAX, 1998)

O foco interacional é o motor da psicoterapia de grupo e, acima das teorias e técnicas do terapeuta, suas atitudes de escuta, interesse, aceitação e empatia com o paciente enfatizam também a necessidade de desfazer a autoimagem negativa deste (YALOM, 2006).

Os referenciais teóricos-técnicos são a psicanálise, o psicodrama, a dinâmica de grupos ou os grupos operativos e terapia familiar sistêmica. Segundo Yalom (2006), as abordagens cognitivo-comportamental, psicoeducacional, interpessoal e Gestalt de apoio expressivo são também usadas na terapia de grupo.

Bion a partir do conceito de supostos básicos (dependência, luta - fuga, acasalamento), trouxe as contribuições mais significativas ao delineamento de uma teoria psicanalítica dos grupos, se destacando na segunda metade dos anos de 1940 (OSÓRIO, 2007).

Kurt Lewin considera a dinâmica de grupo como um dos pilares das terapias grupais e acrescenta que os fenômenos grupais só se tornam inteligíveis ao observador que consente em participar da vivência grupal. Lewin observou também que a integração no interior de um grupo só se dará quando as relações interpessoais estiverem baseadas na autenticidade de suas comunicações e que essa autenticidade é uma atitude passível de aprendizado no e pelo próprio grupo (OSÓRIO, 2007).

Segundo Barenblitt (1982), na história das técnicas grupais ocorreu a seguinte evolução na forma de tratamento: primeiro houve a **psicoterapia pelo grupo**, no qual se utilizavam técnicas de sugestão e identificação para alcançar os objetos desejados; em seguida, a **psicoterapia no grupo**, na qual o terapeuta ou analista tratava individualmente cada membro na presença dos demais, e, por último, a **psicoterapia do grupo**, em que o inconsciente grupal aparece tal como uma unidade, com seus fantasmas e ansiedades.

Define-se a psicoterapia do grupo, no qual as falas são dirigidas ao grupo e este responde, gerando elaborações e associações e permitindo ao terapeuta indagar as questões grupais e assim poder trabalhar as questões individuais com o amparo da mediação grupal. Ocorre, então, a emergência do desejo, através da fantasia que é encaminhada ao social. O laço social consente que o outro entre em cena e questione as falas do sujeito através do grupo (BAREMBLITT, 1982).

O trabalho em grupo dentro da realidade dos CAPS e dos ambulatórios, tem-se uma dinâmica parecida, na qual, muitas vezes, o psicoterapeuta é chamado a atuar em grupo operativo (costura, artesanato, etc.) e ali precisa recolher as falas que não se apresentam como demanda constituída e trabalhar com este material, possibilitando, através da escuta analítica, o surgimento de elaborações e ressignificações. Fica claro que a atuação do terapeuta na instituição não se pode reduzir à pura reprodução de suas ações em seu consultório privado (RINALDI, 1999).

Ainda dentro da instituição, Figueiredo (2004) relata a importância das reuniões de área, pois os diferentes campos de conhecimento tendem a traçar explicações para os fenômenos clínicos, sendo esse o momento para debater e trocar informações sobre os pacientes e o andamento dos trabalhos. É através do vínculo com os profissionais da instituição (lugar que o acolhe), que a transferência e a contratransferência pode emergir.

Há outros elementos que participam dessa relação transfero-contratransferencial a ser citados: além do analista, do paciente e do inconsciente, entra em jogo a figura da instituição, com suas demandas próprias e suas regras, que precisam ser respeitadas, a família do paciente, que normalmente é quem o induz a procurar algum tipo de tratamento, criando uma demanda que é suposta exatamente por ser derivada não do próprio sujeito, mas daqueles que com ele convivem e a vinculação desse mesmo sujeito à instituição como lugar que o acolhe de maneira diferenciada (FIGUEIREDO, 2004).

A psicoterapia grupal é uma técnica destinada a toda e qualquer pessoa que pretende expandir sua autoconsciência, e não apenas as suas considerações doentes (BECELLI; SANTOS, 2001).

Segundo Knobel (1992) este procedimento pode beneficiar todo aquele que deseja aprofundar o conhecimento de si mesmo, a partir do contato interpessoal.

A motivação para a mudança é um componente prognóstico fundamental e o paciente é o agente da própria mudança, sendo assim eles próprios passam a assumir o papel ativo no decorrer do processo (KNOBEL, 1992).

Os fatores expectativa e esperança têm influência tão importante quanto a técnica no processo de mudança. Ocorre um estágio de desenvolvimento denominado diferenciação, no decorrer da terapia de grupo, caracterizado pela polarização, onde os participantes enfatizam seus próprios conceitos de vida. No processo de reflexão, os pacientes

têm oportunidade de descobrir em si próprios semelhanças de emoções, reações ou comportamentos que haviam antes criticado no outro (LAMBERT, 1992).

Ainda segundo Lambert (1992) no grupo, quatro papéis sociais se destacam entre os participantes: o **sociável**, o **estrutural**, o **acautelador** e o **divergente**.

O clima do grupo favorece os seguintes fatores terapêuticos: universalidade, aprendizado por intermédio do outro; interpessoal (feedback), autorrevelação, instilação de esperança, e etc., são mecanismos que potencializam o processo de elaboração das mudanças psíquicas (CORSINI; ROSEMBERG, 1995).

O papel do terapeuta e o seu uso do self, deve se concentrar em duas questões fundamentais: a transferência e a transparência (YALOM, 2006).

Logo, em uma transferência analítica, o psicoterapeuta atua como caixa de ressonância, “relançador de sentido” e não como “a máquina de traduzir” (COSTA, 1989).

No final, a habilidade adquirida em suportar diferenças e sentimentos conflitantes acaba representando o amadurecimento desenvolvido entre os membros o que é fundamental para um encontro grupal (LAMBERT, 1992).

O objetivo desta investigação é conhecer as produções científicas nacionais sobre psicoterapia grupal no período dos cinco últimos anos.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Para o desenvolvimento deste estudo fez-se uso dos pressupostos da revisão sistemática da literatura, pois o seu desenvolvimento consiste na possibilidade de conhecer os artigos que tem sido produzido sobre a psicoterapia grupal.

Para a realização da presente revisão seis etapas foram percorridas: estabelecimento do problema de revisão; seleção da amostra; categorização dos estudos; análise dos resultados; apresentação e discussão dos resultados; e por fim, apresentação da revisão.

Estabeleceu-se o seguinte questionamento: Qual a contribuição das investigações científicas publicadas nos periódicos, durante o período de 2007 a 2012 sobre a psicoterapia grupal?

Para identificar os estudos publicados sobre psicoterapia grupal foi efetuado uma busca on-line nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO) no sítio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados estudos publicados nacionalmente, e

indexados na base de dados acima referida, durante os anos 2007 a 2012. Estes foram organizados em pastas individualizadas para cada agrupamento de temáticas.

Utilizou-se os seguintes descritores de assunto nos campos de busca das bases de dados: psicoterapia de grupo e psicoterapia grupal. Essa busca se deu no decorrer do mês de junho de 2013.

Por meio dessa consulta se identificou que no universo de 28 artigos, 22 não se relacionavam a temática estudada, seis artigos foram analisados.

A análise dos dados buscou atingir os objetivos e o exame minucioso permitiu elaborar duas categorias: marco referências e a psicoterapia grupal na prática clínica e nos serviços de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentando os artigos

Todos os artigos foram publicados em revistas de psicologia, quanto a procedência dos autores apenas um artigo os autores eram da região Centro-Oeste os demais eram da região Sudeste.

1. Marco referencial

Nesta categoria três artigos trazem a questão teórica da psicoterapia grupal.

No primeiro artigo, os autores através de uma revisão de literatura apontam para a tendência em relação as publicações sobre a temática e indicam que os autores dos trabalhos investigados apresentam abordagem a adultos através de relatos de experiência tendo com principal referencial a psicanálise na psicoterapia individual. Nas modalidades grupais predominam o grupo operativo e o grupo de suporte mútuo (BATISTA; VECCHIA, 2011).

No segundo artigo, a autora revê as produções teóricas de Silvia Lane e sua contribuição na formulação da concepção da análise do processo grupal. A autora do artigo ressalta que Silvia Lane traz para a discussão o caráter histórico e dialético do grupo quanto o denomina de processo grupal (MARTINS, 2007).

Nesta perspectiva, pode-se afirmar que o próprio grupo é uma experiência histórica, “que se constrói num determinado espaço e tempo, fruto das relações que vão ocorrendo no cotidiano e, ao mesmo tempo, que traz para a experiência presente vários aspectos gerais da sociedade, expressas nas contradições que emergem no grupo, na sua singularidade, expressa múltiplas determinações e as contradições presentes na sociedade contemporânea” (MARTINS, 2007).

O terceiro artigo reflete a questão da psicanálise na vertente teórica e ética de Lacan antes realizada em *setting* tradicional e na atualidade se expande para outros contextos em busca de novas práticas principalmente no atendimento grupal da Atenção Psicossocial no âmbito da Saúde Coletiva.

Os autores apresentam uma vivência grupal e indicam que não é uma terapia individual em grupo, mas uma terapia através do grupo e, portanto se supõe a própria construção do grupo e as suas mudanças (PRATTA, COSTA-ROSA, 2011).

2. A psicoterapia grupal na prática clínica e nos serviços de saúde.

Na prática clínica um estudo de caso orientado na perspectiva construcionista social e utilizando os pressupostos da terapia narrativa aponta que uma pessoa em atendimento de terapia em grupo e através da narrativa de sua história pode refletir sobre as possibilidades de autonomia e independência (CARRIJO; RASERA, 2010).

Os autores ainda indicam que o terapeuta assume “uma postura de engajamento na narrativa das pessoas atendidas de forma a valorizar e se interessar pelos conhecimentos e sentidos à medida que são criados e vivenciados pelas pessoas em suas conversas; isto é, o saber profissional deve ser uma ferramenta por meio da qual o terapeuta cria com as pessoas que atende novas possibilidades tanto para suas vidas quanto para o saber-fazer do profissional” (CARRIJO; RASERA, 2010)

Um artigo reflete sobre os desafios da psicoterapia psicanalítica em uma instituição pública, notadamente dentro de um Centro de Atenção Psicossocial e os autores finalizam seu artigo apontando que: “em termos práticos, a psicanálise não tem intenção, ou sequer se acha capaz, de devolver a sanidade mental a qualquer paciente que seja, nem tampouco torná-lo cidadão – este último entendido como o emblema da normalidade na sociedade atual. A psicanálise não se propõe a ocupar o lugar de agente de *ordem*, de instrumento de manutenção do *status quo*. Sua proposta é dar ao sujeito condições para que ele consiga encarar de maneira diferente da atual sua existência e sua relação com o próprio desejo. Esse suporte não suprime o trabalho de inclusão, pois o campo conjunto da cidadania e da clínica só pode ser construído de modo complementar (CAMPOS; ROSA; CAMPOS, 2010).

Um artigo traz a reflexão sobre a necessidade de capacitação para o trabalho grupal com agentes comunitários, sobre a demanda da população que busca o serviço. Entendendo que este processo de fazer com que o profissional tenha uma outra forma de escuta, em relação às necessidades advindas dos usuários dos serviços. O aprendizado deste

treinamento de capacitação, provocou a sensibilidade em perceber outros regimes de verdade, outros saberes e outra constituição de subjetividade. Fez dar lugar a uma força propulsora aliada a uma política de saúde da população e com efeito de transformação social (SANTOS; CASTRO, 2011).

REFLEXÃO

Esta investigação buscou conhecer a produção científica sobre psicoterapia grupal nos últimos cinco anos em periódicos nacionais.

Partiu-se dos artigos que refletiam sobre os marcos conceituais do processo grupal e analisou-se artigos que revelavam as facilidades e dificuldades de implementar a prática da psicoterapia grupal nos diversos cenários de atenção.

Para Nietzsche (2001) não existe saúde em si, pois a saúde depende dos objetivos, dos horizontes de cada um, das suas forças, dos seus ideais, dos limites. O dogma de que todos os homens são iguais determina conseqüentemente a noção de saúde igual para todos. A saúde de cada um depende de um modelo universal de saúde, mas depende do modo como cada um pode, deseja ou precisa participar do social. Há muitos modos de saúde, muitos modos de participação, vários os exercícios de saúde que são um atributo-assevera, a generosidade ímpar de Nietzsche (2001), também dos infelizes, dos que não fazem parte da norma, das formas dissidentes de viver. Esses tem seu direito ao seu raio de sol, tem direito à sua existência.

REFERÊNCIAS

BATISTA, H.O.; BORGES U.V.; VECCHIA M.D. Os grupos na produção de conhecimento na psicologia: uma revisão de literatura. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 379-90, 2011.

BAREMBLITT, G. **Grupos: teoria e técnica**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

BEHELLI, L.P.C.; SANTOS, M.A. Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. **Rev Latino-Am Enfermagem**. Ribeirão Preto; v.10, n.3, p.383-91, May/June 2002.

BEHELLI, L.P.C.; SANTOS, M.A. **Psicoterapia de grupo: noções básicas**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 2001.

CAMPOS, D.T.F.; ROSA, C.M.; CAMPOS, P.H.F. A confusão de línguas e os desafios da psicanálise de grupo em instituição. **Psicologia, Ciência e Profissão**. v.30, n.3, p. 504-23, 2010.

CARRIJO, R.S.; RASERA, E.F. Mudança em psicoterapia de grupo: reflexões a partir da terapia narrativa. **Psicologia Clínica**. Rio de Janeiro; v.22, n.1, p. 125-40, 2010.

CORSINI, R.J.; ROSEMBERG, R. **Mechanisms of group psychotherapy: processes and dynamics**. J Abnorm Soc psychol, 1955.

COSTA, J.F. **Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupo e psicoterapias**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

FIGUEIREDO, A.C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo; v.7, n.1, p. 74-86, 2004.

KNOBEL, M. **Orientação Familiar**. Campinas: Papirus; 1992

LAMBERT, M.J. Psychotherapy outcome research implication for integrative and eclectic therapists. In: NORCRON F.C., GOLDFIELD M.R. organizadores. **Handbook of psychotherapy integration**. New York: Basic Books, 1992.

LAX, W.D. O pensamento pós-moderno na prática clínica. In: MCNAEE, S.; GERGEN, K.J. **A terapia como construção social** (pp.86-105). Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

MARTINS, S.T.F. Psicologia Social e Processo Grupal: a coerência entre fazer, pensar e sentir em Silvia Lane. **Psicologia & Sociedade** v.19, Edição Especial 2: p. 76-80, 2007.

NIETZSCHE, F. **A gaia ciência**. São Paulo: Cia das Letras, 2001.

OSÓRIO, L.C. **Grupoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

PRATTA, N.; ROSA-COSTA A. O grupo psicoterapêutico e interpretação na abordagem lacaniana: reflexão e redefinição de possibilidades e modos de atendimento na Saúde Coletiva. **Rev Latinoamericana Psicopatologia. Fundamentos**. São Paulo; v. 14, n.4, p. 672-689

RINALDI, D.L. **Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental**. 1999. Recuperado em 12 de março de 2008, de www.intersecaopsicanalitica.com.br

SANTOS, A.O.; CASTRO, E.O. Demanda por grupos psicologia e controle. **Psicologia & Sociedade**, v.23, n.2, p. 325-331, 2011.

YALOM, I.D. **Psicoterapia de grupo: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Enviado em: setembro de 2013.

Revisado e Aceito: outubro de 2013.

**A reforma psiquiátrica e suas contribuições para a criação
da profissão de terapia ocupacional: uma reflexão**
**Reform psychiatric and their contributions to the creation of
the profession of occupational therapy: a reflection**

BRUNA RAFAELA RISSATO¹
ADILSON LOPES CARDOSO²

RESUMO: A reforma psiquiátrica trouxe muitos benefícios não só para a psiquiatria e o cuidado com doentes mentais, mas também para a criação e consolidação da profissão de Terapia Ocupacional. **OBJETIVO:** Revisar o conteúdo publicado sobre o tema no período de 2000 à 2011. **MÉTODO:** Utilizou-se a revisão integrativa, por meio do levantamento bibliográfico nas bases de dados: SciELO, Portal de Pesquisa da BVS, e as Revistas de Terapia Ocupacional da Universidades de São Paulo e Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar. As palavras utilizadas na busca foram “terapia ocupacional” e “reforma psiquiátrica” no campo palavras do título. **RESULTADOS:** Foram selecionados 10 artigos nacionais relacionados ao período; neles 70% abordaram a história da reforma psiquiátrica; 60% a criação da profissão de Terapia Ocupacional e 40% como ela está na atualidade. **CONCLUSÃO:** Com base nos textos e na prática da profissional, conclui-se que a atuação do terapeuta ocupacional vem mudando ao longo dos tempos e se adaptando conforme as necessidades de seus clientes e que a reforma psiquiátrica vem sendo uma grande aliada para isso.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional, Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental.

ABSTRACT: Psychiatric reform brought many benefits not only for psychiatry and mental care, but also for the creation and consolidation of the profession of occupational therapy. **INTENTION:** Review the content published on the topic from 2000 to 2011. **PROCESS:** We used the

¹Terapeuta Ocupacional e aluna do curso de especialização de Saúde Mental da UNINGÁ. Rua Américo Giovanetti, nº 503/ Vila Antonietta I/CEP: 18682-620/Lençóis Paulista/SP brunarafaclar@yahoo.com.br

²Professor Orientador Mestre em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia pela UNESP.

integrative review, through literature in databases: SciELO Portal Search BVS, and magazines Occupational Therapy Universities of São Paulo and Notebooks Occupational Therapy UFSCar. The words used in the search were "occupational therapy" and "psychiatric reform" in the words of the title. RESULTS: We selected 10 national articles related to the period, 70% of them addressed the history of psychiatric reform, 60% the creation of the profession of occupational therapy and 40% as it is today. CONCLUSION: Based on the texts and the practice of professional, it is concluded that the occupational therapist's practice has changed over time and adapting to the needs of its customers and that the psychiatric reform has been a great ally for this.

Key-words: Occupational Therapy, Psychiatric Reform, Mental Health

INTRODUÇÃO

A profissão de Terapia Ocupacional foi criada a partir da necessidade de buscar novas formas de tratamento, principalmente para doentes mentais, que antes excluídos da sociedade permaneciam em hospitais de longa permanência, então, programas terapêuticos baseados em atividades recreativas e laborativas foram inseridas no contexto da dinâmica institucional (MOREIRA 2008).

Tratados na marginalidade, a loucura na antiguidade grega e romana não era considerada uma doença e sim manifestações sobrenaturais, sendo às vezes queimados e acusados de bruxaria e feitiçaria. Já na Idade Média, com o declínio do poder da igreja, surgiu o termo alienado e assim também os manicômios. Pessoas que não se ajustavam a sociedade eram trancadas nestes manicômios, fossem elas portadoras de doenças infectocontagiosas, libertinos, vagabundos, mendigos, ladrões e quaisquer tipos de perturbadores da ordem social, dentre eles os doentes mentais. Esses manicômios não tinham o intuito de tratar, apenas de asilar e excluí-los do restante da sociedade (MILANI, VALENTE, 2008).

Pinel, médico pioneiro no tratamento de doentes mentais criou o tratamento moral onde o norte deste tratamento era o trabalho (LIMA, 2006). Seu tratamento baseava-se em medidas humanitárias, tratando estes indivíduos realmente como doentes.

“O corpo deveria ser submetido, educado pelo exercício e o trabalho seria a base desse processo. Era necessário construir uma ideia de vigilância e da imagem que se configurava pela presença do psiquiatra, essa imagem era

um instrumento fundamental da terapêutica” (MILANI; VALENTE, 2008).

Este tipo de tratamento foi sendo substituído ao longo dos anos o modelo de Pinel, que era exclusivamente asilar foi revisto, surgindo novas propostas de tratamento, dando início a conhecida Reforma Psiquiátrica (RIBEIRO; MACHADO, 2008).

OBJETIVO

Sintetizar o conhecimento produzido e publicado na literatura e na legislação nacional, no período de 2000 a 2011, sobre a relação entre a Reforma Psiquiátrica e a origem da profissão de Terapia Ocupacional.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, com coleta de dados de literatura nacional. Foram consultados artigos científicos com base em: SciELO (Scientific Electronic Library Online), Portal de Pesquisa da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), e devido a escassez de material, foi utilizado como fonte de pesquisa, a Revista de Terapia Ocupacional da USP (revista indexada) e os Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, que apesar de não indexado, é referência na profissão. Para a Busca, foram utilizadas as seguintes palavras chave: Terapia Ocupacional e Reforma Psiquiátrica.

REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Com o passar dos anos, no exterior, a psiquiatria começou a ser estudada e reconhecida como especialidade médica, onde as propostas de intervenção tinham os objetivos de administração de psicofármacos e contenção de sintomas por meio de internação psiquiátrica (RIBEIRO; OLIVEIRA, 2005).

Isto se deu início principalmente após a II Guerra Mundial, onde o modelo de tratamento que privilegiava o asilamento começou a ser substituído por novas propostas de tratamento, principalmente na Europa e nos Estados Unidos (RIBEIRO; MACHADO, 2008).

No Brasil, esta reforma, aconteceu de uma maneira mais tardia. Os hospitais psiquiátricos brasileiros construídos a partir de meados do séc. XIX seguiram o modelo de Pinel, sendo construídos com terrenos amplos para que os pacientes tivessem espaço para o cultivo e demais oficinas

terapêuticas, dando ocupação aos doentes crônicos com o objetivo de restaurar sua capacidade funcional (LIMA, 2006).

No período da ditadura militar, o país passava por várias transformações. A saúde pública foi privatizada e conseqüentemente a qualidade da assistência foi prejudicada devido a falta de investimento do governo. Os doentes mentais eram internados em leitos de hospitais particulares onde os donos dos hospitais visavam apenas o lucro, fazendo assim, com que a população de pacientes aumentasse cada vez mais, diminuindo a eficácia e sucateando o tratamento. Essa condição manteve-se até a década de 1970, onde começaram a surgir as conferências de saúde e discutiam-se novas abordagens e modelos de assistenciais (RIBEIRO; OLIVEIRA, 2005).

“Após sucessivas transformações, a psiquiatria insinuou-se em um novo cenário no Brasil: alguns setores da sociedade civil passaram a se mobilizar em favor da luta pelos direitos dos pacientes, abrindo espaço nos meios universitários, intelectuais e nas próprias instituições psiquiátricas para novas discussões sobre a loucura. Esse movimento denominou-se Reforma Psiquiátrica Brasileira e se constitui, até os dias atuais, no movimento de garantia das mudanças assistenciais em saúde mental.” (RIBEIRO; MACHADO, 2008).

Começaram então a ser criados os serviços substitutivos de saúde mental. Estes serviços visavam substituir o modelo hospitalocêntrico (modelo de tratamento centrado no hospital), surgindo novas propostas terapêuticas diferentes das tradicionais, levando em conta a individualidade de cada paciente (RIBEIRO; MACHADO, 2008).

Para isto, foram criadas novas políticas públicas para assegurar os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (MOREIRA, 2008).

No ano de 2001, foi criada a lei de nº10.216, que vigora os direitos de pessoas com transtornos mentais, regulamentando novas formas de tratamento. Segundo esta lei o paciente deve ser tratado sem qualquer tipo de distinção e preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental, pois a internação hospitalar só deverá acontecer no momento em que os recursos extra-hospitalares forem insuficientes na terapia do indivíduo, pois o tratamento deverá sempre visar a reinserção social do paciente em seu meio (BRASIL, 2001).

E a partir desses fatos, não só o Brasil, mais como vários outros países passaram por reformulações em sua assistência psiquiátrica, e para

Mângia; Rosa (2002), após as criações de política de saúde mental o comprometimento com as novas formas de cuidado foram se expandindo, possibilitando uma melhoria na qualidade de vida do indivíduo, garantindo seus direitos e o seu poder na sociedade.

Atualmente o serviço público oferece vários tipos de programas de saúde mental, que vão desde o desvínculo do morador do hospital psiquiátrico dos tempos de asilamento, ao atendimento nas unidades básicas de saúde, na prevenção dos primeiros sintomas. Conforme Brasil (2005), os principais serviços são as Residências Terapêuticas, os CAPS, PSF, Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental, o Programa de Volta para Minha Casa, leitos em Hospitais Gerais destinados aos pacientes em surtos e os Hospitais Psiquiátricos com internações de curta permanência, além das estratégias para a sua redução progressiva.

A HISTÓRIA DA TERAPIA OCUPACIONAL E A SUA CONTRIBUIÇÃO NA SAÚDE MENTAL AO LONGO DOS ANOS

A Terapia Ocupacional é uma profissão da saúde, que sempre atuou na área da reabilitação, fazendo o uso da ação humana como recurso terapêutico. Ela surgiu de duas vertentes, a restauração de incapacitados físicos, principalmente os soldados de guerra, e da ocupação de pacientes crônicos em hospitais de longa permanência (MOREIRA, 2008). E mesmo não sendo reconhecida como profissão, já se fazia uso de atividades como recurso terapêutico desde o século XVIII (MEDEIROS, 2008).

Como profissão, a Terapia Ocupacional surgiu nos Estados Unidos, e sua primeira escola, criada por volta de 1915 tinha como principal objetivo reabilitar soldados incapacitados físicos e mentais da primeira Guerra Mundial, e após a segunda Guerra, é que a profissão chegou ao Brasil, onde primeiramente atuava na área física e foi gradualmente, incorporada na saúde mental (MOREIRA, 2008). Sua prática era exclusivamente hospitalocêntrica, ocupando os pacientes e mantendo a organização dos hospitais psiquiátricos (RIBEIRO; OLIVEIRA, 2005).

Por volta dos anos 70 e 80, juntamente com o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil, os terapeutas ocupacionais começaram a repensar suas intervenções em saúde mental e rever novas possibilidades de tratamento que fossem realmente terapêuticas (MOREIRA, 2008). Desse

modo, atuaram como coadjuvantes da luta antimanicomial e na criação dos serviços substitutivos (JUNS; LANCMAN, 2008).

Com a mudança do perfil dos pacientes atendidos na saúde mental, os terapeutas ocupacionais passaram a ter sua prática voltada para o atendimento extra-hospitalar, criando novas maneiras de intervenção, formando assim, uma identidade mais dinâmica, auxiliando o indivíduo na sua reinserção social, propondo condições que minimizem o seu sofrimento tanto mental, quanto social (MOREIRA, 2008).

O terapeuta ocupacional utiliza de vários meios como recursos em seu atendimento, e a arte é um recurso muito utilizado no tratamento de doentes mentais, e conforme Almeida e Trevisan (2010) a arte como recurso terapêutico tem como pressuposto que a partir da manipulação de objetos artísticos é possível a criação de novas possibilidades de expressão e comunicação.

Atualmente, o terapeuta ocupacional abrange toda a rede social do indivíduo (família, amigos, trabalho), sendo mais centrada no cliente, tratando-o de forma única e singular, investindo na relação entre terapeuta e paciente, fazendo com que o mesmo seja um sujeito ativo na construção de seu projeto terapêutico (MÂNGIA, 2002).

RESULTADOS

Devido à escassez de material que abordava o assunto, foram escolhidos apenas 10 artigos para a presente revisão, onde sua maioria foi encontrada na Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, referência na profissão.

Em 70% dos artigos (n=7), discutia-se a história da loucura e a Reforma Psiquiátrica (ALMEIDA; TREVISAN, 2010; MÂNGIA; ROSA, 2002; MILANI; VALENTE, 2008; RIBEIRO; MACHADO, 2008; LIMA, 2006; MOREIRA, 2008 e RIBEIRO; OLIVEIRA, 2005).

Já em 60% dos artigos (n=6), foi discutida a criação da Profissão de Terapia Ocupacional (MOREIRA, 2008; MEDEIROS, 2008; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2005; JUNS; LANCMAN, 2008; ALMEIDA; TREVISAN, 2010 e MÂNGIA, 2002).

E por fim, 40% (n=4) discutiram como a profissão trabalha na atualidade (MEDEIROS, 2000; MÂNGIA, 2002; RIBEIRO; MACHADO, 2008 e ALMEIDA; TREVISAN, 2010).

REFLEXÕES

Segundo Medeiros (2000), a Terapia Ocupacional e todas as profissões de saúde, se alteram ao longo dos anos, conforme vão mudando-se os valores e as formas de intervenção.

E hoje, diferente de tempos atrás, que apenas mantínhamos a manutenção da dependência e do asilamento institucional, Mângia, (2002), nós terapeutas ocupacionais, devemos ser facilitadores do processo de transformação do indivíduo, eliminando seu mal estar psíquico, e oferecendo novas oportunidades para o seu crescimento individual e social (RIBEIRO; MACHADO, 2008).

Pois para Almeida e Trevisan (2010) o diferencial da Terapia Ocupacional não se pauta somente em seu objeto de estudo (a atividade humana), mas sim no processo e na forma de como ele trabalha.

CONCLUSÃO

O tema discutido mostrou certa escassez de publicações científicas que abordavam a relação entre a Reforma Psiquiátrica e a criação da Profissão de Terapia Ocupacional, sendo que apenas um artigo atendeu diretamente ao objetivo deste estudo.

Por fim, conclui-se que após a reforma psiquiátrica vieram junto novas formas de cuidado, e esse novo olhar, permitiu que terapeutas ocupacionais definissem um novo perfil profissional, se adequando a reabilitação psicossocial. Hoje, a prática profissional, se molda conforme as necessidades de cada indivíduo, estando sempre em uma constante transformação.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D.T.; TREVISAN, E.R. Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. **Rev Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.36, 2010.

BRASIL. Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

JUNS, A.G.; LANCMAN, S. O Trabalho Interdisciplinar no CAPS e a Especificidade do Trabalho do Terapeuta Ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.22, n.1, p.27-35, 2011.

LIMA, E.M.F.A. A Saúde Mental nos Caminhos da Terapia Ocupacional. **O Mundo da Saúde**, v.1, p.117-22, 2006.

MÂNGIA, E.F. Contribuições da Abordagem Canadense “Prática de Terapia Ocupacional Centrada no Cliente” e dos Autores da Desinstitucionalização Italiana para a Terapia Ocupacional em Saúde Mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.13, n.3, p.127-34, 2002.

MÂNGIA, E.F.; ROSA, C.A. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.13, n.2, p.71-7, 2002.

MEDEIROS, M.H.R. A Terapia ocupacional em relação à produção de conhecimento. **Cadernos de terapia ocupacional da UFSCar**, v.8, n.1, p.61-8, 2000.

MILANI, H.F.B; VALENTE, M.L.L.C, 2008. O Caminho da Loucura e a Transformação da Assistência aos Portadores de Sofrimento Mental. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762008000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 15 de setembro de 2013.

MOREIRA, A.B. Terapia Ocupacional: História Crítica e Abordagens Territoriais/Comunitárias. **Revista Vita et Sanitas**, v.2, n.2, p.79-91, 2008.

RIBEIRO, M.B.S.; OLIVEIRA, L.R. Terapia Ocupacional e Saúde Mental: Construindo Lugares de Inclusão Social. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.425-31, 2005.

RIBEIRO, M.C.; MACHADO, A.L. A Terapia Ocupacional e as Novas Formas do Cuidar em Saúde Mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.19, n.2, p.72-75, 2008.

Enviado em: outubro de 2013.

Revisado e Aceito: novembro de 2013.

Relevância da equipe multiprofissional à cirurgia bariátrica Relevance of the multiprofessional team in bariatric surgery

LARISSA ALVES DE LIMA LOPES¹
ÂNGELA CRISTINA RIBEIRO CAÍRES²
ALESSANDRO GABRIEL MACEDO VEIGA³

RESUMO: Este estudo tem como tema a cirurgia bariátrica, suas indicações, técnicas e as intervenções da equipe multidisciplinar desde a primeira consulta, como também durante o período cirúrgico e no pós operatório. A escolha do tema emergiu da necessidade de se conhecer as importâncias das intervenções da equipe multiprofissional e dos resultados dessa atuação nessa modalidade cirúrgica. Trata-se de um estudo eminentemente bibliográfico, utilizando-se de análise de literatura especializada. Objetivou saber os significados da cirurgia bariátrica, identificar o significado da cirurgia para os pacientes que a ela se submetem e constatar atuação da equipe multiprofissional. O resultado da revisão de literatura desvelou a motivação dos pacientes que passam por tal cirurgia, elucidando a atuação da equipe multiprofissional, e sua imprescindibilidade em todas as fases deste tipo de cirurgia. Percebeu-se que o espaço ainda não está devidamente explorado pelos profissionais, possibilitando-se uma atuação no sentido educativo quanto aos pacientes bariátricos. Evidenciou-se, a necessidade, por parte dos profissionais da equipe multiprofissional, de maior divulgação da relevância por um comportamento ativo quanto às atividades físicas; de uma alimentação balanceada; as comorbidades e tudo o mais que estiver relacionado à cirurgia bariátrica, por tratar-se de cirurgia não cosmética e de máxima seriedade.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica. Equipe Multiprofissional. Obesidade.

ABSTRACT: This study has as its theme, bariatric surgery, indications, techniques and interventions of the multidisciplinary team from the first consultation, as well as during the surgical period and postoperative periods. The choice of theme emerged from the need to know the importance of multidisciplinary team interventions and results of activities in this surgical modality. It is eminently a bibliographic study, using analysis of literature.

¹Enfermeira, Aluna do Curso de Formação Pedagógica para Docência. Faculdades Uningá-Ceesau

²Dra Sociologia pela Universidade Estadual “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP Araraquara/SP e docente das Faculdades Integradas de Jaú

³Esp. Mestrando pela “Universidade Júlio de Mesquita” – UNESP Botucatu/SP.

Aimed to know the meanings of bariatric surgery, to identify the meaning of surgery for patients who submits to it and see the multiprofessional team. The survey results revealed the motivation of patients undergoing such surgery, elucidating the role of the multidisciplinary team, and its indispensability in all phases of this type of surgery. It was noticed that the space is not yet fully exploited by professionals, enabling them to work in an educational sense as to bariatric patients. It was evident, the need for the multidisciplinary team of professionals, the importance of greater disclosure by an active behavior regarding physical activities of a balanced diet, comorbidities, and everything else that is related to bariatric surgery, because it is not cosmetic surgery and utmost seriousness.
Key-words: Bariatric Surgery. Multidisciplinary team. Obesity.

INTRODUÇÃO

Atualmente, considera-se a obesidade como um desvio nutricional de grande relevância, destacando-se como assunto de interesse geral, Principalmente na área da saúde. Trata-se de fator contributivo para a existência de doenças crônicas, com múltiplos fatores, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, o suficiente para causar danos ao sistema orgânico, segundo definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002). Nesse momento, a gordura corpórea esta acima de 25% para os homens e 30% para as mulheres. Decorre de vários fatores, sejam genéticos, ambientais, padrões dietéticos, de atividade física, ou mesmo características individuais que tornam o sujeito com grande suscetibilidade biológica, entre tantos outros, interagindo na etiologia da patologia (OMS, 1997).

A obesidade é definida por um aumento de peso corpóreo, excessos de gordura acumulada. Todavia, dessa definição excluem-se as pessoas com peso elevado “devido à retenção de líquidos, como as pessoas que apresentam edemas ou ascite “(RIOBÓ, 2002).

Para Casalnuovo (2004), a obesidade caracteriza-se pelo número excessivo de células gordurosas hipertrofiadas (aumentadas).

Uma pessoa pode ser considerada obesa quando seu peso ultrapassar o “limite compatível com sua saúde física e mental e com as expectativas normais de vida” (FERNANDEZ; ALVAREZ, 2004).

Quanto às patologias graves, como o diabetes, alguns tipos de câncer, doenças cardiovasculares, hipertensão, distúrbios reprodutivos em mulheres, além de problemas respiratórios. Podendo ser a causa de depressão, sofrimento e comportamentos de isolamento social, certamente prejudiciais à boa qualidade de vida de um indivíduo. Não

bastassem a seriedade dos riscos que a obesidade traz, na atualidade, já está sendo considerada problema de saúde pública no mundo, assim, aumentam as recomendações dos médicos para que seja feito um controle do peso, aliada a uma busca por alimentação saudável, utilizando-se produtos alimentícios ou medicamentosos controladores de colesterol e de açúcar.

Em suma, deve ser pensada a conveniência do emprego de técnicas com resultados de sucesso, no curto prazo, fazendo-se necessário um aprofundamento sobre as contingências conflitantes existentes nos comportamentos com tal nível de complexidade.

Apesar das inúmeras pesquisas desenvolvidas, pouco se consegue explicar quando o assunto é alimentação em excesso, seja relacionada à quantidade e qualidade e/ou ocorrência no tempo, sem buscar o histórico pessoal do obeso, em relação ao alimento. São comuns os relatos de alimentação em excesso após acontecimentos agradáveis ou desafortunados e, os estímulos e comportamentos subsequentes, que advém da história pessoal em curso desde a infância.

A escolha do tema emergiu da necessidade de conhecer a importância das intervenções da equipe multiprofissional e dos resultados dessa atuação nessa modalidade cirúrgica, desta forma foi feita uma pesquisa bibliográfica, onde foram achados artigos científicos.

REVISÃO DA LITERATURA

A Obesidade na História

Ao longo da História, a obesidade foi percebida de formas diferentes, de acordo com a cultura dos vários povos. Podia ser considerada sinal de sucesso, em algumas civilizações na Antiguidade, ou “deslize moral” cometido pelo obeso, no Japão. A Europa, via o estigma da obesidade como pecado capital –gula-, segundo fundamentos da Igreja Católica. Enfim, conforme transcorreu o tempo, a História registrou várias concepções de estética, modificando o conceito de beleza e por conseqüência, ser gordo/obeso, não faz mais parte do padrão estético vigente na maioria das sociedades modernas, seja por qual motivo for (ADES; KERBAUY, 2002)

Na contemporaneidade, as culturas tendem a disseminação de preconceitos e estigmas quanto à obesidade, excetuando-se algumas regiões da África, onde homens obesos são considerados poderosos e dominantes, já para as mulheres, ser obesa, significa ser mais fértil.

Apontam Ades e Kerbauy (2002), que nos anos 50 considerava-se a obesidade como reflexo de distúrbio de personalidade e nos anos 60, estudos realizados por Fester, Nuremberg e Levitt (1962), Stuart (1967) Schachter (1968), somados aos trabalhos de terapeutas comportamentais, onde mostram comportamentos que pode ser propício à obesidade, ser considerada como “fruto de hábitos alimentares desadaptativos” (apud ADES; KERBAUY, 2002).

A mídia veicula o ser gordo ou ser magro, muitas vezes sem relação com a saúde, é a questão do padrão estético da beleza na atualidade, adotando-se como ideal, o corpo magro, sem reflexão sobre as diferenças genéticas dos indivíduos. Dessa forma, ser gordo hoje, pode ser interpretado como “falta de controle dos impulsos, preguiça, ser relaxado”. Uma espécie de “*bulling* social”, que obviamente é fator de sofrimento para aqueles que não tem correspondência física com o que se considera “corpo perfeito” (ADES; KERBAUY, 2002).

Na contemporaneidade o modelo de beleza aceito pela sociedade (com raras exceções), é da pessoa magra, assim, os obesos tornaram-se alvo de preconceito. Via de regra, eles são “taxados” como pessoas com baixa auto-estima, que não impõem limites para sua ingestão alimentar. De fato, poucos são os pesquisadores tem analisado as causas reais e as dificuldades encontradas pelo obeso no enfrentamento de suas atividades diárias (CARLINI, 2002).

Apesar disso as pesquisas tem contribuído para avanços no conhecimento do assunto, tendo sido descoberto que a obesidade é um doença decorrente de vários fatores, não originando-se de um aspecto único do indivíduo. Aliás, pode afetar indivíduos de diferentes idades, sejam eles pertencentes a quaisquer grupos socioeconômicos e de qualquer parte do planeta (CUNHA; CUNHA JÚNIOR; PIRES NETO, 2006).

Em um contexto de economia globalizada, competitiva, avanço e acessibilidade (ou não) às tecnologias diversas, tal como o que vive-se atualmente alimentação, educação, saúde, habitação, enfim, a obesidade é considerada uma epidemia neste século XXI. Nos países ocidentais, é reconhecida como o maior problema de saúde pública enfrentado pela sociedade, não afetando apenas os países desenvolvidos, mas também os “países em desenvolvimento”, onde se registra significativo crescimento de pessoas obesas ou simplesmente com excesso de peso (RAVELLI et al., 2007).

Dados estatísticos

Dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2002-2003 (BRASIL, 2004), apontam que o excesso de peso na população é superado em oito vezes o déficit de peso entre as mulheres e quinze vezes entre os homens. Atualmente, o número de pessoas acima do peso no Brasil, atinge um percentual em torno de 40% entre a população adulta, ou seja, 38,8 milhões. Desse número, 10,5 milhões são chamados obesos. Esta pesquisa também evidenciou que em decorrência dos recentes e maus hábitos alimentares, os brasileiros engordaram nas três últimas décadas. Desvelou ainda, que as famílias brasileiras tem consumido alimentos com alto teor de açúcar, especialmente refrigerantes, porém, poucas frutas e hortaliças (BRASIL, 2004).

A obesidade é uma doença que tem tomado a atenção mundial, pois se tornou uma “epidemia”, e não está presente somente em países desenvolvidos em que há muita facilidade por comidas do tipo *fast food* e estilos de vida não muito saudáveis, pelo contrário, hoje não estão excluídos os países subdesenvolvidos e os em desenvolvimento. A preocupação com a obesidade vem se tornando importante pois, os obesos são hoje em termos de proporção iguais aos que passam fome. Em 1995 havia no mundo em torno de 200 milhões de adultos obesos, 5 anos após esse número chegou a 300 milhões. No Brasil, a obesidade ocupa a 6º colocação no *ranking* mundial, com aproximadamente 55 milhões de pessoas (SETI et al., 2002).

Comorbidades da obesidade

Diabetes tipo I;
Varizes;
Hipertensão;
Hiperlipidemia;
Apnéia do sono;
Artrite;
Doenças coronarianas;
Cololitíase;
Hipoventilação;
Isolamento Social.

Cirurgia bariátrica: conceitos

A cirurgia bariátrica é considerada atualmente como a alternativa mais eficaz para o tratamento e controle da obesidade grave, podendo-se

salientar como seus maiores benefícios, a perda e manutenção de peso a longo prazo e a melhora das doenças associadas, contribuindo para propiciar maior qualidade de vida. Porém, é de suma importância um acompanhamento por equipe multiprofissional (clínico-nutricional), especializado. (LEITE et al., 2004).

De acordo com Mahan e Scott-Stump (2002), a cirurgia bariátrica sendo um ramo da medicina, cuida do controle do peso, gastroplastia inclusive. Este é um procedimento cirúrgico que reduz o tamanho do estômago.

Surgiu por volta do ano de 1954, por Kremen e colegas, com a técnica do “Bypass jejun-ileal”.

Técnicas Cirúrgicas:

A cirurgia pode ser: aberta ou laparoscópica; restritiva, desabsortiva ou combinadas.

Banda Gástrica ajustável:

Desabsortiva ou Cirurgia de Desvio de Intestino:

Balão Intragástrico ou Cirurgia de Mason:

Cirurgia de Scopinaro;

Gastroplastia de Capella:

Cirurgia de Yga.

Contra indicações:

Dependência de drogas, cigarro (química);

Doenças psiquiátricas;

A não colaboração por parte do candidato a cirurgia (ZILBERSTEIN; NETO; RAMOS, 2001).

Características do candidato a cirurgia bariátrica

O candidato a cirurgia bariátrica deverá ter passado por tratamento clínico, reeducação alimentar associada a uma combinação de atividades físicas.

O paciente deverá ter:

IMC > 40;

IMC >35 se apresentarem comorbidades que aumentem risco de morte;

Pacientes avaliados por equipe multidisciplinar que não tenha muito resultado com o tratamento conservador (ZILBERSTEIN; NETO; RAMOS, 2001).

Preparação para a cirurgia

A equipe Multiprofissional que atua com o paciente bariátrico compõe-se de vários profissionais: Enfermeiro(a), Nutricionista, Psicólogo(a), Fisioterapeuta, Assistente Social, Endocrinologista, Psiquiatra, Cirurgião(ã). Cada um contribuindo com seus saberes para um mesmo fim, ou seja, a recuperação desse paciente e sua qualidade de vida em saúde.

Segundo Candemil (2011), o crescente número de cirurgias bariátricas realizadas nos últimos anos, possibilitou a apreciação de resultados diretamente relacionados com a melhora dos aspectos emocionais dos pacientes.

No acompanhamento dos pacientes cirurgiados, percebe-se que os resultados da cirurgia bariátrica vão além da perda do peso e das doenças decorrentes; ocorrem mudanças psicológicas relevantes e são observadas como resultantes das rápidas mudanças corporais vivenciadas após a cirurgia.

O corpo, adquire formas e proporções rapidamente modificadas, gerando novas condições ao paciente de auto-imagem e de auto-considerar após a cirurgia bariátrica. Essa nova condição tem exigências ligadas à motivação do paciente bariátrico para o desenvolvimento de um estilo de vida diferente. Assim, o paciente passa a ter que tratar seu corpo, com paciência, em face das sucessivas e rápidas mudanças, aprendendo novos hábitos de vida. É como costuma se referir: “tenho uma vida nova, é outra vida”.

Observa-se que essa “nova vida” com um corpo emagrecido, lhe oportuniza olhar-se por inteiro (cabeça, tronco e membros), fazer novos projetos de vida, socializar e refazer sua auto-estima, passando à atuação positiva sobre si mesmo.

Após a cirurgia bariátrica, ocorrem transformações no corpo do paciente levando-o a buscar o acompanhamento da equipe cirúrgica para auxiliá-lo não apenas na aquisição, mas também na manutenção dos resultados da cirurgia.

A crescente perda de peso resulta na transformação corporal, agindo sobre a imagem corporal internalizada que o paciente tem de si mesmo. Entretanto, a reconstrução da imagem corporal exigirá um longo período para sua reformulação.

Ao reconhecimento de sua nova imagem corporal, o paciente bariátrico se enxergará como um novo ser, adaptando-se à sua nova condição de vida pós-cirúrgica e capacitando-se a controlar seu peso. Portanto, para o paciente de cirurgia bariátrica alcançar e usufruir

inteiramente esses resultados da cirurgia, para melhora de sua qualidade de vida emocional e clínica, será necessário que desenvolva a capacidade de atender com inteireza às exigências do tratamento.

O tratamento da cirurgia bariátrica desvela-se em três momentos fundamentais, etapas que requerem grande empenho do paciente junto à equipe multidisciplinar da cirurgia bariátrica.

Num primeiro momento, o paciente candidato à cirurgia, deverá dispor-se a fazer as avaliações solicitadas: clínica, psicológica e nutricional junto à equipe multidisciplinar de cirurgia bariátrica. Uma vez avaliado e preparado pela equipe, ele estará liberado para o encaminhamento cirúrgico.

O pós-operatório, segundo momento da cirurgia bariátrica, é considerado delicado pelos cuidados exigidos e de grande impacto. O paciente se sentirá testado em sua capacidade de se manter motivado para aderir às exigências do tratamento, que serão as dietas líquidas e demais restrições alimentares. Nesse momento, será fundamental, a capacidade do paciente bariátrico de vincular-se à equipe de cirurgia para seguir as orientações sobre cuidados necessários e mudanças alimentares obrigatórias do período, para garantir seu bem estar e adaptação futura.

Após transcorridos alguns meses, acontece o terceiro momento da cirurgia bariátrica quando o paciente já se esta adaptado aos novos hábitos alimentares e processando as mudanças emocionais decorrentes. Nesse momento, algumas condições pré-mórbidas do paciente costumam exigir novos esforços emocionais e comportamentais.

Serão necessárias mudanças no estilo de vida após a cirurgia, sendo este, fator que, quando não aceito pelo paciente, voltará às antigas problemáticas emocionais, interferindo novamente sobre o seu pensamento e conseqüentemente, suas atitudes.

Em face de possíveis desordens na perda de peso e variações do comportamento, o paciente estará requerendo mais atenção e interação junto à equipe multidisciplinar no momento do pós cirúrgico. Todavia. Aderir ao tratamento, lhe garantirá as condições para manter o controle que sua doença exige.

Dessa forma, pode-se dizer que o diálogo e a interação com a equipe multidisciplinar constituem-se no maior aliado ao tratamento da cirurgia bariátrica.

METODOLOGIA

De acordo com Minayo (2001, p.16), a metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Inclui as

concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também, o potencial criativo do pesquisador.

A pesquisa exploratória objetivou favorecer a familiaridade com o problema da pesquisa, visando explicitá-lo. De acordo com Triviños (1987, p.109)

Os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema. O pesquisador parte de uma hipótese e aprofunda seu estudo nos limites de uma realidade específica, buscando antecedentes, maior conhecimento para, em seguida, planejar uma pesquisa descritiva ou de tipo experimental.

O presente trabalho foi desenvolvido através de estudos bibliográficos e documentais, no qual se fez um estudo de livros e artigos relativos ao tema abordado.

OBJETIVOS

Saber o significado da cirurgia bariátrica e constatar as ações da equipe multiprofissional que envolvem o processo.

DISCUSSÃO

Após a cirurgia bariátrica, ocorre uma perda de peso acompanhada por relevante melhora das co-morbidades relativas à obesidade, incluindo-se a apnéia do sono, o refluxo gastro-esofágico, as artropatias, a infertilidade, a estase venosa e as úlceras por insuficiência venosa crônica (WHO; MCTIGUE et al., apud CARVALHO et al., 2007).

As técnicas cirúrgicas tiveram expressiva melhora, desde o início das cirurgias bariátricas, possibilitando o alcance de níveis aceitáveis Alvarez-Cordeiro (1998) e menores, se comparados à “manutenção em longo prazo do estado de obesidade”, em especial quando estiver associada à Síndrome Metabólica (SJÖSTROM et al., apud CARVALHO et al., 2005).

Os benefícios psicológicos e a mudança de vida, segundo Waters e colegas (apud Cordás, Lopes Filho e Segal, 2004), podem ser sentidos de maneira mais acentuada dos primeiros seis aos doze meses pós cirurgia, porém estacionam ou regredem, após dois anos de transcorrida a cirurgia. Todavia, de cinco a sete anos após a cirurgia, podem ser encontrados

resultados positivos (POWERS et al., apud CORDÁS, LOPES FILHO; SEGAL, 2004).

Nas fases do pré e pós cirúrgico, a equipe multiprofissional deve atuar com todos os profissionais envolvidos, colaborando com seus saberes, visando “discutir e adequar as expectativas do paciente às limitações do tratamento cirúrgico”, pois este não faz milagres. A equipe multiprofissional pode mostrar alternativas prazerosas diversas do ato de comer (CORDÁS; LOPES FILHO; SEGAL, 2004).

Outra questão de extrema importância, é a prevenção do abandono das instruções do pós-cirúrgico, quando o paciente pode crer que seus problemas estarão resolvidos. Há que se reconhecer as mudanças acontecidas após a cirurgia, pois são muitas, abrangendo o nível comportamental, o físico e o psíquico, podendo surpreender a equipe multiprofissional. Pode-se evitar essas surpresas, ao eliminar a ansiedade buscando resolver a obesidade através da cirurgia bariátrica, ou seja, ela sozinha, não resolverá todos os problemas do paciente, daí a necessidade premente da atuação da equipe multiprofissional em todas as fases que envolvem tal tipo de cirurgia (CORDÁS, LOPES FILHO; SEGAL, 2004).

CONCLUSÃO

Por motivos desconhecidos (genéticos, hormonais, psicológicos, marketing) os pacientes obesos mórbidos tem na comida a maior fonte de prazer de suas vidas. A cirurgia bariátrica de uma forma ou outra destrói essa fonte, ou porque tira a fome (Bypass) ou dificulta a entrada da comida (Banda Gástrica). O paciente precisa estar preparado para “trocar a fonte de prazer” depois da cirurgia. As expectativas do paciente precisam ser calibradas antes de operar para evitar grandes decepções no pós operatório. Assim, alguns pacientes acham que emagrecendo terão grande melhora no casamento, no emprego, etc. Aliás, a família do paciente bariátrico, também precisa estar envolvida no processo preparatório para a cirurgia bariátrica, pois o súbito emagrecimento poderá causar emoções negativas. As metas da cirurgia bariátrica são:

- Evitar complicações operatórias;
- Conseguir emagrecer pelo menos 40% do peso inicial;
- Manter esse novo peso por toda a vida;
- Evitar efeitos colaterais da cirurgia e
- Zelar pela felicidade do paciente.

Na cirurgia clássica, como por exemplo: cirurgia de retirada de apendicite aguda, o cirurgião tira o problema do corpo e mesmo sem a colaboração do paciente, o mal é expulso do corpo e o paciente estará curado mesmo contra sua vontade. Na Cirurgia Bariátrica não se consegue retirar do corpo a origem do mal. A origem da obesidade é desconhecida, portanto, não é retirada com a cirurgia, inexistindo apenas um culpado pela obesidade. É uma patologia multidisciplinar envolvendo várias profissões e seus saberes: medicina, psicologia, psiquiatria, nutrição, fisioterapia, enfermagem, educação física, serviço social.

Um estômago saudável é operado e costurados os intestinos saudáveis. A cirurgia bariátrica é o primeiro passo de uma longa caminhada em busca do emagrecimento, sendo necessário que paciente e toda a equipe multidisciplinar, componham uma “sociedade” onde cada um desempenhará seu papel.

A mortalidade cirúrgica é rara, ocorrendo principalmente nos grandes obesos mórbidos. Nas grandes séries mundiais, situa-se em 0,6%. Acredita-se que a mortalidade de “continuar obeso “ seja muito maior que a mortalidade cirúrgica (FRANCO; RIZZI, 2011).

O paciente precisa entender que é imprescindível, para o sucesso do procedimento cirúrgico, acompanhar a equipe multidisciplinar por toda a vida para emagrecer, manter-se magro, evitar doenças e ser feliz.

REFERÊNCIAS

ADES, L.; KERBAUY, R.R. Obesidade: realidades e indagações. **Revista de Psicologia**. Instituto de Psicologia. São Paulo: USP, v.13, n. 1, 2002.

BRASIL. Programa de Orçamento Familiar. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2004. Disponível em: www.ibge.com.br. Acesso em: 10/11/2011.

CANDEMIL, R. **A importância do acompanhamento multidisciplinar após a cirurgia bariátrica.** Disponível em: http://www.cirurgiaobesidade.net.br/Categoria_informativos/a-importancia-do-acompanhamento-multidisciplinar-apos-a-cirurgia-bariatrica.html>. Acesso em: 28 nov. 2011.

CARVALHO, P.S. et al. Cirurgia Bariátrica Cura Síndrome Metabólica? **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. v. 51/1, p.79-85, 2007.

CORDÁS, T.A.; LOPES FILHO, A.P.; SEGAL, A. Transtorno Alimentar e Cirurgia Bariátrica: Relato de Caso. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. v. 48, n. 4, p.564-571, ago., 2004.

CUNHA, A.C.P.T.; CUNHA JÚNIOR, A.T.; PI RES NETO, C.S. Cirurgia Bariátrica: Indicadores de obesidade e estilo de vida de dois grupos de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Fitness & Performance Journal**. Rio de Janeiro: Colégio Brasileiro de Atividade Física, Saúde e Esporte, v.5. n.3, p. 146-54, 2006.

FERNANDEZ, M.L.A.; ALVAREZ, B.M.A. Obesidad y cirugía bariátrica: implicaciones anestésicas. **Nutr Hosp.** v. 19, n. 1, p. 34-44, jan./fev. 2004.

FRANCO, R.; RIZZI, W.B. **Cirurgia da Obesidade**. Disponível em: <<http://www.francoerizzi.com.br/equipe-medica.htm>>. Acesso em: 02.dez.2011

MAHA, K.; SCOTT-STUMP, S. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 10. ed. São Paulo: Roca, 2002.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

RAVELLI, M.N. et al. Obesidade, Cirurgia Bariátrica e Implicações Nutricionais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fortaleza. v.20, n. 4. Universidade de Fortaleza. p. 259-266, 2007.

RIOBÓ, P. **Sociedade Espanhola de Endocrinologia e Nutrição**. 2002. Disponível em: www.seenweb.org/index.php?op=5. Acesso em: 16/11/2011.

SETI, M.E.C. et al. **Levantamento Antropométrico de Indivíduos Obesos**. 2002. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENE-GEP2002_TR40_0697.pdf; Acesso em: 20.nov.2011.

ZILBERSTEIN, B.; NETO, M.G.; RAMOS, A.C. **O papel da cirurgia no tratamento da obesidade**. 2001. Disponível em: http://www.moreirajr.com.-br/revistas.asp?id_materia=1876&fase=imprime. Acesso em: 19.nov.2011.

Enviado em: fevereiro de 2012.

Revisado e Aceito: setembro de 2012.

**Sentimentos relatados por mulheres mastectomizadas: uma
revisão sistematizada**
**Reported by women feelings mastectomy: a systematic
review**

MARLILENIN CALAZANS CORREIA SIMPLÍCIO GERALDINI¹
LUDMILA DE MOURA²

RESUMO: A temática abordada nessa pesquisa foi o câncer de mama. Dessa forma apresentou como problema os sentimentos mais descritos por mulheres que realizaram a mastectomia. O objetivo da investigação foi compreender quais são os sentimentos mais descritos por mulheres mastectomizadas, realizada por meio de uma revisão bibliográfica no período de 2002 a 2011. No processo de investigação, foram analisados, em uma perspectiva quantitativa através de leitura de artigos, teses e livros, além de buscas em bibliotecas virtuais. O referencial teórico teve como foco o sentimento de mulheres mastectomizadas devido ao câncer de mama que, ano após ano, vem ganhando lugar de destaque na incidência de óbito por tumores malignos entre as mulheres brasileiras e nos casos em que não ocorre o óbito trás consigo conseqüências como desestruturação na vida da paciente, da família e da sociedade em que está inserida. O aprofundamento teórico trouxe como reflexão que apesar do câncer de mama, ser um tumor maligno é uma patologia curável e que se descoberta no início, mais precocemente, maior a possibilidade de cura. Foi observado que as mulheres possuem o ensino fundamental incompleto, possuem história de câncer na família e tem entre 40 a 59 anos de idade, sendo os principais sentimentos relatados, o medo, dor, tratamento e alteração de sua feminilidade. Portanto, conclui-se ser necessário que os profissionais de saúde estejam preparados para fornecer uma assistência integral as mulheres mastectomizadas, através de ações que visem a diminuição do sofrimento destas.

¹Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário da Grande Dourados - UNIGRAN. Discente do Programa de Pós-Graduação da UNINGÁ/MAXPÓS/Dourados-MS

²Bacharel em Psicologia. Mestre em Psicologia. Docente do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Oncologia Multidisciplinar da UNINGÁ.

Palavras-chave: Câncer de mama, Aspecto Emocional, Enfrentamento, Mastectomia

ABSTRACT: The issue addressed in this study was breast cancer. Thus the issue presented as described feelings of women who underwent mastectomy. The objective of this investigation was to understand what are the feelings reported by women who had mastectomies performed by means of a literature review from 2002 to 2011. In the process of research, were analyzed in a quantitative perspective by reading articles, theses and books, as well as searches in virtual libraries. The theoretical framework focused on the feelings of women who had mastectomies due to breast cancer that year after year, has been taking place in the incidence of death from malignancy among women in Brazil and in cases in which there is death brings with it consequences and disruption in the life of the patient, family and society in which it operates. The theoretical study brought as a reflection that although breast cancer is a malignant tumor is a curable disease and that if discovered early, early, the greater the chance of cure. It was observed that women have not completed elementary school, have family history of cancer and has between 40 and 59 years old, reported being the main feelings, fear, pain, treatment and alteration of their femininity. Therefore, we conclude it is necessary that health professionals be prepared to provide comprehensive care to women with mastectomies, through actions aimed at reducing the suffering of these.

Key-words: Breast cancer, Emotional Aspect, Coping, Mastectomy

INTRODUÇÃO

O câncer de mama, ano após ano, vem ganhando lugar de destaque na incidência de óbito por tumores malignos entre as mulheres brasileiras, e nos casos em que não ocorre o óbito trás consigo consequências como desestruturação na vida da paciente, da família, da sociedade em que está inserida, é uma situação preocupante e alarmante, tanto para as mulheres quanto para as Políticas de Saúde. Ainda não existe possibilidade de prevenção primária, apenas diagnóstico precoce, diagnóstico de células precursoras, e os chamados Fatores de Risco para Câncer de Mama, ter maior predisposição de ocorrer principalmente na faixa etária dos 40 a 60 anos a (SILVA et al., 2010).

Apesar do câncer de mama, ser um tumor maligno é uma patologia curável se descoberta no início, o que nem sempre ocorre, já que o medo do diagnóstico é muito grande, levando algumas mulheres há

perder um tempo precioso. Pois, quanto mais precoce o diagnóstico, maior a possibilidade de cura do câncer, e se for associado a essa idéia o conhecimento e precauções em relação aos fatores de risco a chance da mulher desenvolver o Câncer de mama será diminuída (MORAES et al., 2006).

Segundo Instituto Nacional de Câncer - INCA, (2011), a neoplasia mamária é a segunda patologia mais frequente que acomete mulheres acima de 35 anos de idade, tendo 22% de casos novos por ano, quando diagnosticado precocemente seu prognóstico é muito bom. No Brasil os níveis de mortalidades de câncer de mama ainda continuam com seus índices elevados com cerca 61% de sobrevida após cinco anos, pois, sempre são tratados tardiamente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as décadas de 60 e 70 foram registrados aumento relativo de 10 vezes nas taxas de incidências nos Registros de Câncer de Base Populacional nos diversos continentes. Há uma estimativa de novos casos de 49.240 no ano de 2010, sendo seu maior alvo mulheres (INCA, 2011).

Receber o diagnóstico de câncer de mama é uma notícia arrasadora em pensar no seu tratamento doloroso, mas a retirada da mama, ou mastectomia, é a possibilidade mais aterradora para as mulheres. Não aceitando a perda do seio, por ser ele um símbolo da feminilidade e devido aos parâmetros impostos pela sociedade de corpos femininos perfeitos, a mulher pode passar por profundas alterações psicossociais (VIANA; CAMPOS, 2009). Então questionou-se: quais sentimentos são mais descritos por mulheres que realizaram a mastectomia?

Conforme ressalta Almeida (2006), a mastectomia pode deixar a mulher envergonhada e sexualmente repulsiva, carregando fortes repercussões emocionais por gerar um sofrimento psicológico importante, levando ainda a um comportamento de esquiva e isolamento social. Ou seja, a mastectomia causa um impacto que afeta não apenas a mulher, mas estende-se ao seu âmbito familiar, contexto social e grupo de amigos.

Diante disso faz-se necessário um acompanhamento e uma assistência prestada à mulher mastectomizada a fim de minimizar os impactos ocasionados pela retirada da mama. Neste âmbito, Viana e Campos (2009) enfatiza a importância do acompanhamento da enfermagem a mulheres que sofreram a mastectomia, visando à identificação de problemas na busca da qualidade de vida da mulher e

minimização de alterações físicas e psicológicas, para sua melhor readaptação ao ambiente social.

Assim, esta pesquisa visa identificar os sentimentos das mulheres com câncer de mama após a mastectomia, contribuindo para que a população saiba a respeito deste assunto, trazendo para a área da saúde informações recentes em relação aos sentimentos vivenciados por estas mulheres com intuito de contribuir, para que hajam melhorias no cuidado as mulheres mastectomizadas, melhorando a qualidade de vida destas, atendendo estas mulheres de forma mais humanizada.

Esse trabalho teve por objetivo compreender os sentimentos vivenciados pelas mulheres mastectomizadas, por meio de uma revisão sistematizada. Já que a vida pessoal, profissional e social é alterada, com mudanças bruscas em suas rotinas surgindo sentimentos de insegurança e angústia, pois a família neste caso é de papel fundamental no qual a paciente sente-se segura e fortalecida para enfrentar esta nova imagem corporal.

O apoio emocional só vem a somar para a evolução satisfatória da aceitação da mastectomia, pois não se pode esquecer que o ser humano tem que ser visto como um todo e um ser biopsicosocial. Diante deste contexto é relevante a realização de um estudo que aborde sobre a assistência de enfermagem as mulheres mastectomizadas por meio de um levantamento bibliográfico sistematizado nas bases de dados Scielo, Lilacs e Medline.

ANATOMIA DA MAMA

As mamas são anexos da pele e são constituídas por glândulas cutâneas que tem a principal função produzir leite; é localizada na parte anterior do tórax, podendo se estender do segundo ao oitavo espaço intercostais. Quanto ao tamanho e forma da mama está relacionada à quantidade de tecido adiposo do estroma, do estado funcional da gestação, lactação e idade (VIÉGAS, 2001).

A mama é constituída desses elementos: - Ácino: porção terminal da mama, onde estão as células secretoras que produzem o leite; - Lobo mamário: formada por um conjunto de lóbulos e são as unidades de funcionamento que se liga à papila por meio de um ducto lactífero; - Lóbulo mamário: conjunto de ácinos; - Ducto lactífero: sistema de canais que conduz o leite ate a papila, o qual se exterioriza através do orifício ductal; - Papila: proeminência composta de fibras musculares elásticas onde estão os ductos lactíferos; - Aréola: estrutura central da mama onde se projeta a papila; - tecido adiposo: todo restante da mama é

composto por ele; - Ligamentos de Cooper: são expansões fibrosas que se projetam na glândula mamária responsáveis pela retração cutânea nos casos de câncer de mama (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2002, p. 19).

Souza (2005), afirmou que as mamas encontram-se entre a segunda ou terceira e sexta ou sétima costela sobre o músculo peitoral maior e músculo serrátil anterior, horizontalmente entre a borda esternal axilar média. As mamas são constituídas por mamilos na região central, com tecido erétil pigmentado e circundado pela aréola levemente escura, diferente do tecido adjacente.

Câncer

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define: “saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não mera ausência de moléstia ou enfermidade”. O câncer é o nome dado a um conjunto de mais de cem (100) doenças que surgem de uma única célula que sofreu mutação dando origem as células cancerosas afetando cerca de 11% da população em diversas regiões do país constituindo na segunda causa de morte por doença no Brasil.

O paciente portador de câncer experimenta diversos sentimentos que podem interferir diretamente no tratamento. Elizabeth Kubler Ross descreveu alguns desses sentimentos e foi a pioneira nestes estudos. Cada paciente reage de uma forma diante da notícia do câncer. As fases descritas são: negação ou choque, ira, negociação ou barganha, depressão e aceitação.

As células do câncer tendem a ser muito agressivas e incontroláveis. Dividindo-se rapidamente determinam a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas ou neoplasias malignas). Existe também o tumor benigno que é uma massa localizada de célula que raramente constitui riscos de vida se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao tecido original (INCA 2010).

Ainda de acordo com o INCA (Instituto Nacional de Câncer) (2010) os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Por exemplo, existem diversos tipos de câncer de um tipo de células. Inicia-se em tecidos conjuntivos com osso, músculo ou cartilagem é chamado de sarcoma, se o câncer começa em tecidos epiteliais com a pele e mucosas denomina-se carcinoma.

Todavia, segundo o INCA (2010), outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes (metástase) e a velocidade

de multiplicação das células. As células que constituem os animais são formadas por três partes, a membrana celular, que é a parte mais externa, o citoplasma (o corpo da célula) e o núcleo que contém os cromossomos que por sua vez são compostos de genes. Toda a informação genética encontra-se inscrita nos genes, numa “memória química”, o ácido desoxirribonucléico (DNA). É através do DNA que os cromossomos passam as informações para o funcionamento da célula.

Ainda nos relatos do INC (2010) uma célula normal pode sofrer alterações no DNA dos genes, fato este chamado de mutação genética. As células cujo material genético foi alterado passam a receber instruções erradas para as suas atividades. As alterações podem ocorrer em genes especiais, denominados protooncogenes transforma-se em oncogênese, que por sua vez são responsáveis pela malignização (concretização) das células normais. Essas células diferentes são denominadas cancerosas.

Câncer de mama

Segundo Thuler (2003), os fatores de risco relacionados ao câncer mamário são: sexo, idade, historia familiar de câncer, genética, menarca precoce, obesidade, exposição a radiação consumo de álcool, hormônios exógenos.

O câncer de mama, é responsável pela morbi-mortalidade das mulheres tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. No caso do Brasil, o câncer de mama representa a primeira causa de morte por neoplasias entre as mulheres, chegando a atingir o percentual de 16,6%. (FERNANDES; NARCHI, 2002, p. 224).

Segundo Fernandes e Narchi (2007), há uma incidência de 1 milhão de novos casos de câncer de mama por ano, sendo representado a neoplasia maligna sendo maior frequente em mulheres, teve um crescimento grande na ultima década, podendo resultar em mudanças sócio demográficas e de acessibilidade aos serviços de saúde.

O câncer de mama na maioria das vezes é descoberto em estágios avançados tendo uma demora para ser diagnosticado, causando uma alta mortalidade em taxas elevadas no Brasil; para que o prognóstico seja favorável em mulheres com câncer de mama inicialmente, quando tratados de inicio resulta em 100 % de cura, aumentando a sobrevivência dessas mulheres. Mulheres que tem vários filhos é um fator que protege para o câncer de mama, quanto mais se tem filhos, maior será a sua proteção. Mulheres com dois filhos têm 20% a menos de chance de desenvolver câncer de mama, comparadas com as nultíparas, já as que

possuem cinco filhos ou mais, a chance é de 30 % a menos de adquirir a neoplasia mamária, pois o ato da amamentação previne o câncer de mama (INCA 2010).

Efeitos Emocionais e Enfrentamento da Doença

A palavra câncer traz um estigma muito forte, pois as pessoas logo o associam com a morte. O câncer de mama é ainda mais temido pelo fato de acometer uma parte valorizada do corpo da mulher e que em muitas culturas desempenha uma função significativa da sexualidade da mulher e sua identidade (REGIS; SIMOES, 2005).

Durante o período de diagnóstico, as reações e sentimentos da mulher podem variar de indiferente para um medo real. O período de diagnóstico pode ser traumático, traduzido em sinais de ansiedade, angústia e desamparo, principalmente se é prolongado ou termina com a confirmação de uma doença que é ameaçadora à vida (BERGAMASCO; ANGELO, 2001).

A aversão ao câncer de mama por parte das mulheres deve-se, em geral, aos seus efeitos biopsicossociais. Em face do diagnóstico, a mulher passa por crises de instabilidade, marcadas por medos, frustrações, conflitos e insegurança. Esse sofrimento está associado ao caráter incurável e à idéia de possível morte. A confirmação do diagnóstico causa impacto psicossocial na paciente, e também em seus familiares. Tal impacto requer uma rede social de apoio, que visa facilitar o reconhecimento e a aceitação da doença, e encontrar a melhor forma de adaptação (ARAUJO; FERNANDES, 2008, p. 665).

No tratamento a mastectomia e a quimioterapia destacam-se como os efeitos mais temidos pelas mulheres, que desencadeiam sentimentos negativos que dificultam a aceitação do tratamento e causam rejeição do mesmo devido os efeitos colaterais. A mastectomia é um procedimento cirúrgico agressivo acompanhado de conseqüências traumatizantes nas experiências de vida e saúde da mulher. Após sua realização ocorrem seqüelas psicológicas que podem ser mais graves que a própria deformidade deixada pela mastectomia (VIANA; CAMPOS, 2009).

Frente aos eventos desencadeados com a doença, a mulher faz uso de algumas estratégias de enfrentamento com intuito de adaptar-se à nova condição de vida. A forma pela qual a pessoa usa essas estratégias é determinada, em geral, por seus recursos pessoais e ambientais. Em outras palavras, o enfrentamento pode ser entendido como um processo,

seus modos mudam ao longo do tempo conforme exigências do contexto e de acordo com as características pessoais da mulher (SILVA, 2005).

Enfrentar a doença exige da mulher muito esforço. O conjunto de esforços que a ela utiliza para encarar a situação geradora de estresse é definido como coping. Para Strumm et al. (2009) o termo significa “lutar, competir e enfrentar”, e através dele a mulher poderá obter a solução do problema ou a diminuição da emoção, e assim, ter o evento estressor superado.

No enfrentamento da doença a adoção de estratégias adequadas é um dos fatores que contribuem para a qualidade de vida de pacientes e familiares. O processo de enfrentamento dá-se a partir da combinação de fatores de diferentes naturezas relacionados aos aspectos médicos, socioculturais e individuais (TAVARES; TRAD, 2008).

Percebe-se em mulheres portadoras de câncer de mama, submetidas a algum tipo de cirurgia e em processo de reabilitação, que a sua história de vida e sua condição física, emocional e familiar, podem interferir no enfrentamento da doença. Assim, a proteção e a segurança oferecida pela família, podem proporcionar alternativas para o enfrentamento dos problemas, estabelecer uma relação interpessoal positiva e um compartilhar afetivo de emoções, dúvidas e preocupações (BIFFI; MAMEDE, 2004, p. 265).

Segundo Silva (2005) o processo de enfrentamento pode ser dividido em quatro categorias, são elas: o enfrentamento focalizado no problema, em que as estratégias englobadas cumprem a função de adquirir e manter as forças para enfrentar o problema; o enfrentamento focalizado nas práticas religiosas, em que há busca por forças através da fé; enfrentamento através da busca por suporte social, com a procura por apoio familiar e de amigos; e o enfrentamento focalizado na emoção, onde geralmente há vivência de emoções negativas como raiva, negação e fuga.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se uma revisão bibliográfica que segundo Barrufi (2004) procurou explicar um problema partindo de referências teóricas publicados por livros, revistas e outros materiais científicos com o intuito de reunir informações referentes ao tema pesquisado.

A pesquisa foi feita em bancos de dados online da biblioteca virtual da saúde (B.V.S) (www.bireme.br). Considerando que se trata de uma pesquisa bibliográfica, os dados obtidos deverão ser analisados mediante leitura e interpretação das informações que sejam relevantes

para o estudo. Podendo ocorrer em exclusão de artigos científicos que mesmo estando relacionados ao tema, mas que não estejam dentro do período delimitado (2002–2011) do tempo estabelecido poderá ser excluído. Serão utilizados artigos, teses, dissertações e periódicos encontrados na base de dados Lilacs, Scielo, Medline Pubmed utilizando as palavras-chave: câncer de mama, mastectomia, enfermagem, sentimentos.

Posteriormente a este levantamento recrutados na B.V.S , na base de dados Lilacs, Scielo e Medline, foi realizado a classificação dos artigos por: década de publicação de tese/ dissertação; periódico onde o artigo foi publicado ou instituição onde houve a defesa da tese/ dissertação; perfil das mulheres mastectomizadas, sentimentos mais vivenciados por estas mulheres.

Os dados serão analisados de forma quantitativa, ou seja, será realizada a leitura de artigos, teses e livros que abordem sobre o assunto, então será realizada a descrição da opinião de cada um em uma tabela.

DISCUSSÃO

Tabela 1- Perfil das Mulheres mastectomizadas dos artigos publicados no Lilacs

Revista	Autor e ano de publicação	Localidade	Tipo de Estudo
Tese de Mestrado	Silva (2004)	Volta Redonda	Exploratória, descritiva realizado com as mulheres mastectomizadas do município
Nursing	Silva et al. (2008)	Sorocaba	Descritivo e qualitativo realizado no Hospital Regional
Acta Paulista de Enfermagem	Primo et al. (2010)	Vitória	Descritivo realizado no hospital de referência

Na pesquisa de Primo et al. (2010) com 239 prontuários de mulheres submetidas a mastectomia no Hospital de referência de Vitória, em maio de 2008, para verificação do perfil das mesmas, os autores observaram que 64,8% tinham entre 40 a 59 anos de idade, eram casadas,

48,2% possuem o ensino fundamental incompleto, 60,7% eram de Vitória e 34,3% eram do lar.

No estudo realizado por Riba (2008) com duas mulheres mastectomizadas em tratamento no setor de hematologia e oncologia clínica do Hospital de Jacarepaguá do Rio de Janeiro, elas relataram que o medo é algo bastante presente ao saber que terão que fazer a cirurgia e após a realização da cirurgia, sendo que estas têm muita esperança que tudo no final dará certo, confirmando os resultados encontrados na presente pesquisa.

Na pesquisa de Silva (2004) com as mulheres de Volta Redonda-RJ, assim como na pesquisa de Primo com as mulheres de Vitória, elas eram do lar, possuíam o ensino fundamental incompleto, com idade entre 41 a 45 anos de idade. Silva et al. (2008) também observaram que das 12 mulheres moradoras de Sorocaba, houve um aumento do câncer de mama com a idade e entre mulheres que possuíam antecedente de câncer na família.

Na tabela 2 observa-se que os sentimentos negativos dor é o mais citado nas publicações encontradas, seguidos do medo e vergonha, sendo que a revista latino-americana de enfermagem foi onde houve o maior número de publicações. Quanto aos sentimentos positivos o amparo espiritual foi o mais citado.

Tabela 2- Sentimentos vivenciados pelas mulheres mastectomizadas publicados no Scielo

Revista	Autor e ano de publicação	Localidade	Tipo de Estudo	Sentimentos negativos	Sentimentos Positivos
Revista Latino-Americana de Enfermagem	Ferreira; Mamede (2003)	Botucatu	Estudo de Caso	Dor, mutilação	Aceitação, comunicação
Revista Brasileira de Enfermagem	Pereira et al. (2006)	Bancos de dados nacionais	Bibliográfica	Medo, rejeição, culpa, perda, dor	Nenhum
Revista Eletrônica de Enfermagem	Barreto et al. (2008)	Goiânia	Descritivo, qualitativo	Ansiedade, medo	Não foi abordado no estudo
Psicologia em Estudo	Panobianco et al. (2008)	Ribeirão Preto	Descritivo qualitativo	Dor, tristeza, vergonha, constrangimento	Família, apoio

Revista Latino-Americana de Enfermagem	Pinheiro et al. (2008)	Fortaleza	Descritivo, qualitativo	Dor, vergonha	Amizade comunicação, auto-estima
Estudos de Psicologia	Comim et al. (2009)	São Paulo	Exploratório e qualitativo	Vergonha, medo, dor	Confiança, fé
Escola Anna Nery	Moura et al. (2010)	Teresina	Qualitativo	Medo, tristeza e espanto, dor	Fé em Deus, amparo espiritual
Ciências e Saúde Coletiva	Tavares; Trad (2010)	Salvador	Qualitativo	Medo, solidão, sofrimento, dor	Amparo espiritual, aceitação

O estudo de Makluf et al. (2006), confirmou os resultados obtidos das publicações, pois para o autor referido a dor é um fator bastante presente na vida das mulheres mastectomizadas, sendo que devido a isto a qualidade de vida destas é diminuída, visto que perdem um pouco do movimento do braço, dificultando a realização de atividades diárias simples. Baraúna et al. (2004) complementou que após a realização das mastectomia a dor e a limitação dos movimentos do ombro e braço é algo bastante presente.

Conforme Pereira (2006) o medo é uma dificuldade também bastante presente me mulheres mastectomizadas, visto que, há uma visão geral da feminilidade relacionado a seios bonitos e cabelos belos, ao realizar a mastectomia é como se retirassem um ente querido, e isto somado ao medo da doença voltar e ter que retirar o outro seio levam as mulheres a terem uma perda na sua qualidade de vida.

Ferreira e Mamede (2003) complementaram que as mulheres aprendem durante toda a vida, sobre a estética corporal feminina ser constituída por caracteres diferenciados, sendo um deles representado pelas mamas, por isso ao serem submetidas à mastectomia estas vêem seu corpo com estranheza como se estivesse faltando algo.

Pode ser observado as publicações que o medo, a dor, a vergonha são sentimentos prevalentes nas mulheres mastectomizadas, desta forma o enfermeiro tem um papel fundamental no enfrentamento destas mulheres, no cuidado prestado, buscando minimizar o sofrimento físico e psicológico destas mulheres, estimulando-as a transformar o medo em força de sobrevivência, incentivando as adesão as atividades

ocupacionais que reduzam a tensão emocional (PEREIRA et al., 2006).

Barreto et al. (2008) complementaram que o medo assim como a ansiedade faz parte da vida mulher mastectomizadas, visto que após a cirurgia estas possuíram muitas dúvidas sobre como proceder após a cirurgia cabendo a enfermagem assistir estas pacientes conforme suas necessidades e contribuindo para a melhora de vida destas. Para Oliveira et al. (2008) a mulher mastectomizada apresenta uma série de dificuldades, em sua vida, pessoal social, sexual, familiar e profissional, sendo que o enfermeiro deve ir além das informações sobre autocuidado e promoção de saúde, é preciso que se tenha conhecimento sobre as necessidades e realidade de cada mulher.

CONCLUSÃO

Observou-se nos estudos publicados nas bases de dados Scielo e Lilacs que as mulheres submetidas passam por uma série de dificuldades, como dor, medo de a doença retornar assim como o sentimento de não ser, mas uma mulher normal em virtude da retirada da mama. Desta forma foi possível a averiguação da realidade de cada mulher, sobre as questões que envolvem a feminilidade, dor, medo e constrangimento, assim como os sentimentos positivos relatados pelas mesmas.

Assim é papel do enfermeiro fornecer uma assistência integral as mulheres mastectomizadas, isto é, o enfermeiro tem o papel de buscar minimizar o sofrimento destas mulheres através da estimulação da mesma em transformar seus medos, dor e constrangimento em vivências.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R.A. Impacto da mastectomia na vida da mulher. **Revista SBPH**, v. 9, n. 2, p. 99-113, dez. 2006.

ARAUJO, I.M.A.; FERNANDES, A.S.C. O significado do diagnostico do câncer de mama para a mulher. **Revista de Enfermagem**, v. 12, n.5, p. 664-71, dez. 2008.

BARRETO, R.A.S. et al. As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. v. 10, n. 1, p. 110-123, 2008.

BARUFFI, H. **Metodologia científica**: manual para elaboração de monografias, dissertações, projetos e relatórios de pesquisas. Dourados: Editora eletrônica e Diagramação, 2004.

BERGAMASCO, R.B.; ANGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 3, p. 277-282, 2001.

BIFFI, R.G., MAMEDE, M.V. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, v. 38, n. 3, p. 262-269, 2004.

COMIM, F.S.; SANTOS, M. A.; SOUZA, L.V. Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama. **Estudos Psicologia**. Natal, v. 14, n. 1, p. 41-50, jan./abr., 2009.

FERNANDES, R.A.Q.; NARCHI, N.Z. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 2, p. 223-230, 2002.

FERREIRA, M.L.S.M.; MAMEDE, M.V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão preto, v. 11, n. 3, p. 299-304, mai./jun., 2003.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: ea20-oqieecancer-inca.mth. Acesso em 24/05/2011.

MAKLUF, A.S.D.; DIAS, R.C.; BARRA, A.A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 1, p. 49-58, 2006.

MOURA, F.M.J.S.P. et al. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. **Revista Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.14 n. 3. P. 477-484, jul/set. 2010.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F.C.; SAWADA, N.O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 115-123, jan./mar., 2008.

PANOBIANCO, M.S. et al. Experiência de mulheres com linfedema pós-mastectomia: significado do sofrimento vivido. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 13, n. 4, out./dez., 2008.

PEREIRA, G.S. et al. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 6, p. 791-5, nov./dez., 2006.

PINHEIRO, C.P.O. et al. Participação em grupo de apoio: experiência de mulheres com câncer de mama. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, 2008.

PRIMO, C.C. et al. Uso da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem na assistência a mulheres mastectomizadas. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 23, n. 6, p. 803-810, 2010.

REGIS, M.F.S.; SIMOES, S.M.F. Diagnóstico de câncer de mama: sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 7, n. 1, p. 81-86, 2005.

SILVA, M.G. **A mulher mastectomizada e sua reinserção no trabalho: uma contribuição para a prática da enfermagem**. 135f. Dissertação de Mestrado (Enfermagem). Universidade do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2004.

SILVA, G. Processo de enfrentamento no período pós-tratamento do câncer de mama. **Biblioteca Digital de Teses e Dissertações - USP**. Dissertação de Mestrado, 2005.

SILVA, M. C. et al. Mulheres mastectomizadas: estranhas no ninho. **Nursing**. São Paulo, v. 11, n. 122, p. 333-338, jul., 2008.

SOUZA, A.B. **A drenagem linfática associada à cinesioterapia sob bandagem elástica no tratamento de paciente submetida à mastectomia radical modificada com presença de linfedema**. 90f. Trabalho de Conclusão de Curso (Fisioterapia). Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão, 2005.

STRUMM. et al. Mecanismos de coping utilizados por mulheres mastectomizadas para lidar com o estresse. **Scientia Medica**. Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 108-114, jul/set. 2009.

TAVARES, J.S.C.; TRAD, L.A.B. Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 2008.

TAVARES, J.S.C.; TRAD, L.A. B. Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1349-58, jun., 2010.

THULER, L.C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 49, n. 4, p. 227-38, 2003.

VIANA, J.M.; CAMPOS, L.A.L. Câncer de mama e mastectomia: cenário de atuação de enfermeiros. **Revista Web Artigos**. 2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/18331/1/cancer-de-mama-e-mastectomia-cenario-de-atuacao-de-enfermeiros/pagina1.html>>. Acesso em: 02 de março de 2012.

VIÉGAS, C. M. P. **Anatomia topográfica X planos de tratamento**. 2001. Disponível em: http://www.inca.gov.br/pqrt/download/tec_int/cap2_-_p2.pdf. Acesso em 02 de março de 2012.

Enviado em: maio de 2012.

Revisado e Aceito: setembro de 2012.

**NORMAS DE PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS
REVISTA UNINGÁ**

- 01) A partir de **01/07/2013**, a Revista **UNINGÁ (ISSN impresso: 1807-5053, ISSN online: 2318-0579)** passou a adotar o formato *Open Access Journal* (Revista Científica de Acesso Aberto), que garante que o acesso aos artigos publicados seja irrestrito e gratuito. Os autores não terão nenhum custo financeiro para submissão e a subsequente análise do manuscrito pelo corpo editorial do periódico. Entretanto, caso um manuscrito seja aceito para publicação, o autor responsável (autor de correspondência) poderá confirmar o interesse pela publicação realizando o pagamento da taxa de publicação, no valor de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais).
- 02) Os Trabalhos submetidos para publicação na Revista UNINGÁ devem ser originais ou divulgados previamente de forma restrita. Serão aceitos para publicação artigos originais, ensaios, relatos de pesquisas e investigações científicas, revisões de literatura, relatos de casos clínicos e descrições de técnicas, entre outros. O periódico é dividido em três sessões: Artigos Originais, Revisões de Literatura e Relatos de Caso. Desta forma, o(s) autor(es) deve indicar em qual sessão melhor se encaixa o artigo a ser publicado.
- 03) Apresentar o texto de, no máximo, 12 páginas, impresso em 1 via e também gravado em CD-ROM, digitado em Word 6.0, ou posterior, em papel tamanho A4, com espaçamento simples, sem espaços ociosos entre os parágrafos, fonte Times New Roman, tamanho 12. As margens devem ter 3 cm à esquerda e à direita e 2 cm acima e abaixo. O texto deverá estar justificado à página.
- 04) **TÍTULO** (em português e inglês) Deverá estar em negrito e centralizado no topo da primeira página.
- 05) **NOME DO(S) AUTOR(ES)**: O(s) Autor(es) deverá(ão) se identificar logo abaixo do Título, em folha avulsa, com o nome digitado em CAIXA ALTA e justificado à direita da página. A seguir, deve constar a identificação do(s) autor(es), como titulação e instituição a que pertence/representa. Exemplos: JOÃO CARLOS DA SILVA. Aluno do curso de graduação em Biomedicina da UNINGÁ.
JOSIANE MEDEIROS DE MELLO. Professora Doutora do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM).
DANIELLE MOINHOS. Mestre em Odontopediatria pela FOB-USP, Professora do Curso de Odontologia da UNINGÁ.

Deverão constar, ainda, os dados de contato completos do autor responsável pela correspondência (endereço contendo: rua, bairro, cep, cidade, estado e país, e e-mail).

Além disso, os autores devem indicar as fontes de financiamento da pesquisa (agências de fomento, empresas, etc.), quando aplicável.

- 06) Logo abaixo do TÍTULO, no corpo do artigo, deverá ser digitada a palavra RESUMO, alinhado à esquerda, em negrito, Na linha seguinte, deverá ser apresentado um breve resumo do Artigo, com, no máximo, 200 palavras, seguido de 3 a 5 Palavras-chave ou Descritores. O resumo deve ressaltar as seguintes informações: objetivos, métodos, resultados e conclusões, composto de uma seqüência de frases simplificadas (concisas), afirmativas, sem apresentação de itens enumerados com tópicos. Deverá ser escrito utilizando-se um parágrafo único. Devem ser evitados símbolos que não sejam comumente utilizados, fórmulas, equações, diagramas, etc. Deverá também constar o ABSTRACT e Key-words, com os mesmos critérios. Para seleção dos descritores de assunto (Palavras-chave e Key-words), o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) deverá ser consultado (<http://decs.bvs.br>).
- 07) Abaixo do Abstract, a palavra INTRODUÇÃO, centralizada e negrito, devendo ser abordados o Referencial Teórico pesquisado para a elaboração do artigo, seguido dos objetivos.
- 08) Em seguida, fazer constar: PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS (ou MATERIAL E MÉTODOS), centralizado e negrito, seguido dos seguintes itens, também centralizados e em negrito: RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO e REFERÊNCIAS. No caso de revisões de literatura e relatos de casos clínicos, alguns desses tópicos podem ser eliminados, com exceção dos tópicos DISCUSSÃO, CONCLUSÃO e REFERÊNCIAS.
- 09) As citações, referências, nomeação de tabelas, gráficos e figuras devem obedecer às normas da ABNT. As referências devem aparecer em ordem alfabética, contendo somente as obras citadas no texto e não devem ser numeradas, digitadas em letra Times New Roman, tamanho 10. Eis alguns exemplos já configurados de acordo com as Normas da ABNT:

Exemplos de citação direta no texto:

Um autor:

Prado (1999) afirmou que...

Dois autores:

Goodman e Gilman (2006) relataram que...

Três autores:

Gluskin, Brown e Buchanan (2001) estudaram...

Mais que três autores:

Hata et al. (2002) demonstraram que...

Exemplos do formato da citação indireta no texto:

Um autor:

(FERREIRA, 2000)

Dois autores:

(THOMPSON; DUMMER, 1997)

Três autores:

(GRIFFITHS; THOMPSON; DUMMER, 2000)

Mais que três autores:

(FREITAS et al., 2007)

Referência de Livro com um autor:

SOUZA, A.M.C. **Paralisia cerebral**: aspectos práticos. 2. ed. São Paulo: Mennon Edições Científicas, 1998.

Referência de Livro com até três autores:

MATHERSON, R.J.; PRIMOSCH, R.E. **Fundamentals of pediatric dentistry**. 3. ed. Chicago: Quintessence Books, 1995.

Referência de Livro com mais de três autores:

SAKAI, E. et al. **Nova visão em Ortodontia e Ortopedia Facial**. São Paulo: Ed. Santos, 2001.

Referência de Capítulo de Livro:

SOUZA, A.M.C. Prognóstico funcional da paralisia cerebral. In: FERRARETO, I.; SOUZA, A.M. **Paralisia cerebral**: aspectos práticos. 2. ed. São Paulo: Mennon Edições Científicas, 1998.

Referência de Artigo de Periódico (ou Revista Científica):

LIMA, A.A.S. et al. Tratamento das ulcerações traumáticas bucais causadas por aparelhos ortodônticos. **Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial**, v.10, n.5, p.30-6, 2005.

Referência de matéria extraída de Jornal:

BUENO, W. Uma história índia. **O Estado do Paraná**, Curitiba, p.2, 30 jul. 2000.

Referência de Artigo de Anais de Eventos (Congressos, Encontros, etc.):

CANONICE, B.C.F. **O texto dos formandos de Letras: um estudo sobre a coesão e a coerência.** In: CONGRESSO NACIONAL DE LINGÜÍSTICA E FILOGIA. Rio de Janeiro: UERJ, 2000, p. 78-94.

Referência de Dissertação de Mestrado, Teses de Doutorado e outros trabalhos acadêmicos:

GAZOLA, V.A.F.G. **Estudo comparativo dos efeitos da suplementação com L-carnitina e DL-carnitina na toxicidade a amônia e metabolismo hepático:** Estudos *in vivo*, em perfusão de fígado *in situ* e em hepatócitos isolados. Maringá, 1999. 66f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá.

Referência de texto extraído da Internet:

PITTA, G.B.B. **Preservação da veia safena magna na cirurgia das varizes tronculares primárias.** Disponível em: <http://www.lava.med.br/lava/preservacao_safena_magna.htm>. Acesso em 9 de junho de 2004.

Referência de texto extraído de CD-ROM:

CARNEIRO, F.G. **Numerais em esfero-cristais.** In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA, p.49, Belo Horizonte, Ed. UFGM, 1997. 1 CD-ROM.

- 10) Se houver Gráficos, Diagramas e Figuras, recomenda-se que os mesmos sejam em preto e branco e escala de cinza (imagens coloridas serão analisadas em sua relevância para publicação). Se apresentar Tabelas, o título das mesmas deverá aparecer em cima, com numeração progressiva, indicando, logo abaixo, a fonte da pesquisa (se houver); se apresentar Figuras e Gráficos, o título deverá aparecer embaixo, com legendas (se houver) à direita, em tamanho 10. Em caso de imagens digitalizadas, as mesmas devem ser enviadas em CD-ROM, digitalizadas com um mínimo de 300 dpi, nos formatos .TIF ou .JPG e com alta resolução.

11) COMITÊ DE ÉTICA

- 10.1 Todos os trabalhos que envolvam estudos com seres humanos, incluindo-se órgão e/ou tecidos isoladamente, bem como prontuários clínicos ou resultados de exames clínicos, deverão estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos, devendo ter o consentimento por escrito do paciente e terem sido aprovados por um Comitê de Ética em Pesquisa. Caso requisitado, o autor do artigo deverá enviar cópia da aprovação da pesquisa por este Comitê.

10.2 No material ilustrativo, o paciente não deve ser identificado e não devem aparecer nomes ou iniciais. Caso contrário, o autor do artigo deve enviar cópia da autorização do paciente/responsável para publicação.

Obs: Caso, por algum motivo, os itens 10.1 e 10.2 não possam ser cumpridos, o autor deve enviar carta ao Editor da Revista justificando o fato, sendo que será avaliado e ficará aos autores a total responsabilidade pelas implicações éticas.

12) Em casos de Ensaio Clínicos, exige-se o registro dos estudos de Ensaio Clínicos em base de dados conforme recomendação aos editores da LILACS e SCIELO disponível em: <http://espacio.bvsalud.org/boletim.php?articleId=05100440200730>. O nome da base de dados, sigla e/ou número do Ensaio Clínicos deverão ser colocados ao final do resumo do artigo.

13) Os Trabalhos apresentados serão submetidos à avaliação do Conselho Editorial e de consultores *ad hoc*, sendo a avaliação realizada pelos pares. Após o recebimento do texto, ele é avaliado pelo Editor do periódico e encaminhado a dois membros selecionados do Conselho Editorial. Esses consultores recebem os textos de forma a preservar os nomes dos autores e também dos responsáveis pelo processo de avaliação. Após o recebimento do parecer dos dois consultores, o Editor encaminhará o parecer final aos autores. Dois pareceres desfavoráveis à publicação do artigo dado pelos consultores implicam automaticamente na recusa do artigo pela Revista e devolução aos autores, com as devidas considerações fornecidas pelos consultores. Quando necessário, são solicitadas alterações e revisões aos autores. Ao Conselho Editorial reserva-se o direito de aceitar, sugerir alterações ou recusar os trabalhos encaminhados à publicação.

14) A REVISTA UNINGÁ, ao receber os artigos, não assume o compromisso de publicá-los.

15) Os conceitos emitidos nos textos serão de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Conselho Editorial.

16) Juntamente com o artigo, os autores deverão encaminhar um formulário de submissão de artigo, que se encontra disponível no site www.uninga.br, link 'Revista Científica', devidamente preenchido e assinado por todos os autores do artigo. No caso de conflito de interesse, os autores deverão especificá-lo.

- 17) Os textos para publicação deverão ser encaminhados preferencialmente por e-mail, para a coordenação da REVISTA UNINGÁ, ou pelo correio:

REVISTA UNINGÁ

e-mail: artigos@uninga.br ou mastereditora@mastereditora.com.br

website: www.mastereditora.com.br/uninga

UNINGÁ – Unidade de Ensino Superior Ingá Ltda.

Rodovia PR 317, n. 6114

CEP: 87035-510 – Maringá-PR

REVISTA UNINGÁ - Formulário de Submissão de Artigo

Título do Artigo: _____

Transferência de Direitos: Os autores transferem todos os direitos, título e interesse nos direitos autorais do artigo citado acima para a REVISTA UNINGÁ, em caso de publicação. Isto se aplica a todas as traduções do mesmo, e apresentações preliminares, sob quaisquer meios de divulgação, do trabalho aceito e ainda não publicado. Os autores garantem que o artigo é original, não infringe qualquer direito autoral ou de propriedade de terceiros, não está em consideração para publicação em nenhum outro periódico e não foi publicado previamente. Os autores assumem por a responsabilidade pelo conteúdo completo da versão final que foi submetida.

Procedimentos experimentais em animais e em seres humanos: Os autores estão cientes de que a REVISTA UNINGÁ exige que todas as pesquisas que envolvam animais e/ou seres humanos, consideradas para publicação, deverão estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos, devendo ter o consentimento por escrito do paciente e terem sido aprovados por um Comitê de Ética em Pesquisa. Todos os experimentos com seres humanos e/ou animais devem vir acompanhados de descrição, no texto do artigo, que o estudo foi aprovado pelos respectivos órgãos que gerenciam a Ética em Pesquisa nas instituições de origem.

Conflito de interesse: Os autores declaram que todas as suas afiliações corporativas ou institucionais e todas as fontes de apoio financeiro ao trabalho estão devidamente reconhecidas, e certificam que não há nenhum interesse comercial ou associativo que represente conflito de interesse relacionado ao trabalho submetido. Caso haja interesse comercial na publicação do artigo, os autores concordam em inserir essa informação juntamente com o artigo a ser publicado.

Data:

Autor:

Assinatura: _____

Autor:

Assinatura: _____

Autor:

Assinatura: _____

Autor:

Assinatura: _____

Endereço do autor responsável pela correspondência:

Logradouro: _____
Cidade/Estado: _____ Cep: _____
Fone: _____ Fax: _____
e-mail: _____

Este documento deverá ser encaminhado juntamente com o artigo para:

REVISTA UNINGÁ

UNINGÁ – Unidade de Ensino Superior Ingá Ltda.
Rodovia PR 317, n. 6114
CEP: 87035-510 – Maringá-PR

Ou escaneado e enviado por e-mail para:

artigos@uninga.br
mastereditora@mastereditora.com.br