

UNINGÁ – UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR INGÁ LTDA.

Revista
UNINGÁ

ISSN impresso 1807-5053
ISSN online 2318-0579

Rev. UNINGÁ	Maringá	Nº 39	p.1-200	jan./mar. 2014
-------------	---------	-------	---------	----------------

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. 613

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 ANJOS 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 (UniEVANGÉLICA-GO)
LUCIANA FRACALOSSO VIEIRA (UNINGÁ-PR)
LUCIANE MARGARIDA LIMA PEREIRA (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 CAÑADO (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 – Rodovia PR 317, nº 6114 - 87.035-510 – 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

Iniciando o ano de 2014, segue a publicação da nossa renomada Revista UNINGÁ número 39, com muito orgulho e satisfação.

Ressaltamos a maior visibilidade de nossa revista, que está disponível online no site www.mastereditora.com.br. Convidamos todos a visitar o site para leitura de nossos artigos e também para a submissão de trabalhos.

Obrigada mas uma vez aos nossos consultores, revisores, autores e leitores, sempre contribuindo e colaborando para o crescimento da Revista Uningá.

Desejo a todos uma ótima leitura!

Karina Maria Salvatore de Freitas
Editora-Chefe

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

Perfil antropométrico de jogadores adolescentes de uma escola de futebol de Caxias do Sul, RS

Anthropometric profile of teenagers players of a soccer school in Caxias do Sul, RS

Andréia VERONA; Elaine Terezinha MELLO; Simara Rufatto CONDE.....13

Relação entre estado nutricional e qualidade de vida entre colaboradores de um colégio de ensino profissionalizante em Guarapuava-PR

Relationship between nutritional status and quality of life among employees of a professional study college in Guarapuava-PR

Emilaine Ferreira dos SANTOS; Priscila Naiverth FAIX; Raquel Rosalva GATTI; Angelica Rocha de Freitas MELHEM.....23

Avaliação da qualidade de vida de idosos frequentadores de centros dia

Evaluation of quality of life of elderly goers of day centers care

Solange Cristina da Silva FERNANDES; Maria do Rosário MARTINS.....31

Avaliação da padronização de preparações alimentícias em uma unidade de alimentação e nutrição hospitalar

Evaluation of standardization of food preparations of a hospital's food and nutrition unit

*Luciane de Paula ALEXANDRE; Lilian Maria PAGAMUNICI; Suelen Pereira RUIZ
Laura Paulino MARDIGAN.....43*

Percepção dos enfermeiros sobre morte e morrer em unidade de terapia intensiva

Nurses' perception of death and dying in an intensive care uti

Vanessa Morato CAMARGO; Jéssica Carvalho de MATOS.....53

Relato dos atendimentos das lesões agudas dos atletas da delegação de Maringá nos 54^{os} Jogos Abertos do Paraná - 2011

Report of assistances in acute lesions to athletes of maringá delegation in the 54th Jogos Abertos do Paraná - 2011

Jorge Luiz GRABOWSKI.....63

Humanização–qualidade de trabalho dos servidores laboratoriais do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD

Humanizationquality work of servers laboratory of the Academic Hospital of Federal University of Grande Dourados – UFGD

Adriana Cristina de Araujo FIGUEIREDO; Carla Janice COELHO.....75

Fechamento da mordida aberta anterior com uso de mini-implantes: relato de um caso clínico

Anterior open bite closure with the use of mini-implants: report of a clinical case

Fabício Pinelli VALARELLI; Claudia Amanda MARTELI; Hediberton Alves de AGUIAR; Juliana Volpato Curi PACCINI; Rodrigo Hermont CANÇADO; Karina Maria Salvatore de FREITAS.....95

REVISÕES DE LITERATURA

Prevenção e tratamento da queratose actínica: foco em idosos Prevention and treatment of actinic keratosis: focused on the elderly <i>Natália MISSONO; Valentina Soffner Jorge BONILHA; Neusa Aparecida de Sousa BASSO</i>	111
Câncer de mama: a possibilidade da detecção precoce Breast cancer: the possibility of early detection <i>Henrique O. Lauer BARTH; Adriana de Sant Ana GASQUEZ</i>	123
Saúde bucal na terceira idade Oral health in third age <i>Sandra Lúcia PRESA; Jéssica Carvalho de MATOS</i>	137
Cuidados intensivos no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica Intensive care in the immediate postoperative bariatric surgery <i>Fabiana Aparecida NIBI; Cristina OSTI</i>	149
Revelação do diagnóstico de câncer ao paciente e seus familiares Disclosure of cancer diagnosis to patients and their relatives <i>Vivian Soares da SILVA; Ludmila de MOURA</i>	159
Introdução de carboidratos simples na dieta de indivíduos diabéticos tipo I Introduction carbohydrate diet of individuals in single type I diabetes <i>Ariana Creto de CARVALHO; Fabio Branches XAVIER</i>	169
O jovem estudante e a educação globalizada The young student and the globalized education <i>Fábio CARDOSO; Adilson Lopes CARDOSO</i>	185
NORMAS DE PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS – REVISTA UNINGÁ	193

Artigos Originais

**PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE JOGADORES
ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA DE FUTEBOL DE
CAXIAS DO SUL, RS
ANTHROPOMETRIC PROFILE OF TEENAGERS PLAYERS
OF A SOCCER SCHOOL IN CAXIAS DO SUL, RS**

ANDRÉIA VERONA¹
ELAINE TEREZINHA MELLO²
SIMARA RUFATTO CONDE³

RESUMO: A prática do esporte na adolescência pode trazer muitos benefícios à saúde, que podem estender até a fase adulta, sendo necessário utilizar metodologias adequadas de treinamento. O futebol é o esporte mais popular em todo o mundo e mais explorado em termos científicos. É uma modalidade esportiva intermitente com constantes mudanças de intensidade e direção e o atleta deve estar preparado para reagir aos mais diferentes estímulos da maneira mais eficiente possível. A composição corporal e o peso são dois dos vários fatores que contribuem para um ótimo desempenho. A intensidade, a frequência e a duração de uma atividade física influenciam na massa gorda, massa óssea e muscular. A preparação de um atleta para a competição, no que se refere à composição corporal, significa diminuir ao mínimo sua massa de gordura e potencializar ao máximo sua massa muscular. Este artigo teve como objetivo avaliar o perfil antropométrico de jogadores adolescentes de uma escola de futebol de Caxias do Sul, RS. Estudo transversal no qual participaram 25 adolescentes com idades entre 13 e 16 anos. As variáveis analisadas foram: o peso e a estatura para a obtenção do IMC (Índice de Massa Corporal) para a idade e sexo em Escore-Z, segundo a Organização Mundial da Saúde (2007), o percentual de gordura corporal e o estágio de maturação sexual segundo Tanner. De acordo com a

¹Aluna do Curso de Graduação em Nutrição da Faculdade Nossa Senhora de Fátima de Caxias do Sul, RS

²Nutricionista, Professora Especialista do Curso de Nutrição da Faculdade Nossa Senhora de Fátima de Caxias do Sul, RS

³Nutricionista, Docente do Curso de Nutrição da Faculdade Nossa Senhora de Fátima de Caxias do Sul, RS, Mestre em Bioquímica – UFRGS, Porto Alegre, RS. Rua Dr. Montaury, 1005 – Centro 95.020-180 – Caxias do Sul – RS – Brasil. duasrodasbici@bol.com.br

análise estatística a maioria dos avaliados (68%) encontrava-se com a idade entre 13 e 14 anos. De acordo com o IMC, observou-se que 68% estavam eutróficos e 24% com sobrepeso. Quanto ao percentual de gordura, os resultados encontrados foram: 44% estavam dentro da normalidade, 40% abaixo da normalidade e 16% com o percentual moderadamente alto. Em relação ao estágio de Tanner foram encontrados 32% púberes e 68% pós-púberes. Pode-se concluir que a maioria dos adolescentes participantes do estudo em relação à classificação do IMC, percentual de gordura e estágio de maturação sexual encontram-se adequados para a idade.

Palavras-chave: Adolescentes. Futebol. Antropometria. Estado nutricional.

ABSTRACT: The practice of sports during adolescence can bring many health benefits, that can extend until adulthood, being necessary the use of proper training methodologies. Soccer is the most popular sport in the whole world and can be affirmed that it's the most explored one in scientific themes. It's a sport modality intermittent with constant changes of intensity and direction and the athlete should be prepared to react to different stimulus in the most efficient way. The body composition and the weight are two of the many factors that contribute to a great performance. The intensity, the frequency and the duration of a physical activity influence in the body fat, bone and muscular mass. The preparation of an athlete for a competition, in terms of the corporal composition, means lowering to the minimum his muscular mass. So, this article has like objective the analysis of the anthropometric profile of teenagers players of a soccer school in Caxias do Sul, RS. Cross-sectional study with all the students that were presents in the data collection, were invited to join the research, respecting the inclusion and exclusion criteria. The 25 teenagers that participated are between 11 to 16 years old. The analyzed variables were: weight and stature to obtain the BMI (Body Mass Index) to the age and gender in the Z-score, according to World Health Organization (2007), more the body fat percentage and Tanner's stage. According to BMI, observed that 68% were eutrophics and 24% overweighted, the majority (68%) was between 13 to 14 years old. The found results were that 44% were within the normal range, 49% below the normal range and 16% with moderately high percentage. In relation to the Tanner stage were found 32% pubescent and 68% post-pubescent. It can therefore be concluded that the majority of the teenagers in the study in relation to the classification in the BMI,

fat percentage and stage of sexual maturation were within the normal range.

Key-words: Adolescents. Football. Anthropometric. Nutritional status.

INTRODUÇÃO

A adolescência compreende o período de vida que se estende dos 10 aos 19 anos, segundo critério estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995). Este período é marcado por inúmeras mudanças biopsicossociais, quando o indivíduo começa a definir sua identidade e a estabelecer um sistema de valores pessoais, mostrando-se principalmente vulnerável aos grandes agravos enfrentados pela maioria das sociedades atuais (BRASIL, 1993). É nessa fase da vida que importantes transformações comportamentais e corporais acontecem, principalmente em relação à estatura, peso, composição corporal e maturação dos órgãos (GUEDES; GUEDES, 1997; HEALD; GONG, 1999), sendo o aumento da estatura uma das modificações mais expressiva na adolescência. Este crescimento é seguido durante toda a adolescência, ocorrendo maior taxa de ganho após o estirão da puberdade (LUCAS, 1991).

No início da adolescência, as transformações biológicas e as alterações na personalidade ocorrem juntas e, assim como o corpo vai adquirindo uma nova forma, modifica-se também a imagem mental, quando o adolescente passa a crer que sua imagem corporal está desproporcional à imagem idealizada (BRANCO et al., 2006). A puberdade constitui uma etapa da adolescência com características no crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal, evolução da maturação sexual, aceleração e desaceleração do crescimento físico (BRASIL, 2005).

A monitorização do desenvolvimento puberal é feita pela classificação de Tanner, que estudou e sistematizou a sequência dos eventos puberais em ambos os sexos, em cinco etapas, considerando, quanto ao sexo masculino, os aspectos dos órgãos genitais e também a quantidade e a distribuição dos pelos pubianos. A representação gráfica do estagiamento, para observar as diversas fases de desenvolvimento puberal, levou em consideração os pelos pubianos e a genitália no sexo masculino (TANNER, 1962).

O futebol é caracterizado por ser um esporte coletivo de características intermitentes de longa duração. O jogador realiza diversos movimentos durante o jogo. Movimentos com e sem bola, de ataque e defesa, em constantes variações de deslocamentos. As ações sofrem

mudanças de intensidade e características durante o jogo; essas variações tornam o jogo inconstante com troca contínua do metabolismo predominante ao atleta (SARGENTIN, 2010). De acordo com o Censo Geral da Federation International of Football Association (FIFA), o futebol é um dos esportes mais populares do mundo, sendo praticado, tanto recreativo quanto profissionalmente, em diversas nações do continente. A avaliação e a determinação das características antropométricas (estatura, massa corporal e composição corporal) possuem caráter essencial para o sucesso de uma equipe não só durante o jogo, mas durante toda a temporada (PRADO et al., 2006).

A antropometria e o percentual de gordura são de grande importância para avaliação nutricional, uma vez que uma quantidade exagerada de massa gorda está associada com o mau condicionamento físico e baixo rendimento (SOUSA et al., 1999; CAMPEIZ, 2006; FONSECA; LEAL; FUKU, 2008; MANTOVANI et al., 2008). A composição corporal e o peso são dois dos vários fatores que contribuem para um grande desempenho. O peso corporal pode influenciar a velocidade, resistência e potência dos atletas, enquanto que a composição corporal pode afetar a força, a agilidade e a aparência dos mesmos, estes dois fatores devem aparecer em taxas favoráveis (CANDIA, 2007).

O presente artigo teve como objetivo foi a avaliação do perfil antropométrico de jogadores adolescentes de uma escola de futebol de Caxias do Sul, RS.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal que foi realizado em uma escola de futebol, localizada no município de Caxias do Sul (RS). A amostra obtida por conveniência no qual foram avaliados todos os adolescentes que frequentaram a escola de futebol no dia da coleta de dados, sendo composta por 25 adolescentes. Os mesmos foram convidados a participar do estudo, respeitando os critérios de inclusão e de exclusão, quais sejam: idade pubertária (entre 10 e 19 anos de idade) e estarem matriculados na referida escola de futebol. Foi solicitada aos pais dos adolescentes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido baseado na resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo CEP da Faculdade Nossa Senhora de Fátima, pelo parecer 358.846.

Para a avaliação da maturação sexual foi utilizada a Escala de Tanner (1962), que compreende a identificação do estágio atual do desenvolvimento das características secundárias de acordo com cinco

classificações proposta por Tanner (1962). Esta escala foi preenchida pelo adolescente e orientado e supervisionado pelo treinador.

O peso foi aferido por meio de uma balança portátil digital com capacidade de 150 kg da marca *Cadence*®. Os adolescentes foram posicionados na balança, eretos, vestindo apenas bermuda. A medida foi registrada em quilogramas. Para a aferição da Estatura foi utilizada um estadiômetro da marca *Sanny*® com capacidade de 2,20m e precisão em centímetros. Os participantes estavam descalços, colocados de costas para o estadiômetro, com os calcanhares, glúteos e cabeça encostados no plano vertical da escala.

Com os dados de peso e estatura, foi calculado o índice de massa corporal (IMC), que consiste no peso em Kg, dividido pelo quadrado da estatura em metro. Procedeu-se posteriormente a avaliação do estado nutricional segundo indicador IMC para idade e sexo em *Score-Z*, de acordo com as curvas da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007).

Para a aferição do percentual de gordura corporal foi utilizado um adipômetro científico da marca *Cescorf*® com precisão de 0,1 milímetros. As dobras cutâneas foram coletadas sempre do lado direito do corpo do indivíduo, sendo tomadas três medidas para cada local, acatando-se o valor médio. Foram utilizadas as medidas das dobras tricipital (DCTR) e subescapular (DCSB). Para aferição da dobra cutânea tricipital foi localizado o ponto médio entre acrômio e o olecrano, na face posterior do braço estendido ao longo do corpo, sendo a dobra cutânea tomada na direção do eixo longitudinal. E para a dobra subescapular, foi tomada imediatamente abaixo do ângulo inferior da escápula, sendo a dobra cutânea tomada obliquamente ao eixo longitudinal.

Para o cálculo do percentual de gordura foi utilizado o Protocolo de Guedes e Guedes (1997) para adolescentes e a sua classificação foi realizada de acordo com o proposto por Lohman (1986).

Foi utilizada análise estatística descritiva. O teste estatístico utilizado foi qui-quadrado de Pearson com nível de significância estatística de $p < 0,05$, o *software* usado foi o SPSS versão 19.0.

RESULTADOS

Na tabela 1 estão descritas as características gerais da amostra. Observou-se que 68% (17) estavam com a idade entre 13 e 14 anos. Quanto à classificação do IMC 68% (17) estavam eutróficos. Com relação ao percentual de gordura corporal 44% (11), possuíam um percentual de gordura dentro da normalidade. No estágio de puberdade,

segundo a Escala de Tanner 68% (17) foram classificados como pós-púbere.

Tabela 1 – Características Gerais dos Atletas Adolescentes de Futebol (n = 25)

Variável	N	%
Idade		
11 a 12 anos	3	12,0
13 a 14 anos	17	68,0
15 a 16 anos	5	20,0
IMC		
Magreza	1	4,0
Eutrófico	17	68,0
Sobrepeso	6	24,0
Obesidade	1	4,0
Percentual de gordura corporal		
Baixo	10	40,0
Normal	11	44,0
Moderadamente Alta	4	16,0
Estágio de Tanner		
Púbere	8	32,0
Pós-púbere	17	68,0

A tabela 2 apresenta uma associação entre as variáveis dos adolescentes com excesso de peso. Observou-se que os jogadores com excesso de peso não apresentaram diferença significativa entre os grupos etários ($p = 0,663$). Não houve diferença significativa das variáveis idade, percentual de gordura corporal e estágio de Tanner com o excesso de peso entre os jogadores. Quanto ao estágio de Tanner não houve diferença significativa entre pré-púbere e pós-púbere ($p = 0,640$).

Tabela 2 – Associação entre as variáveis dos adolescentes com excesso de peso.

Variável	Excesso de peso		p valor
	n	%	
Idade			0,663
11 a 12 anos	0	0	
13 a 14 anos	7	41,2	
15 a 16 anos	0	0	
Percentual de gordura corporal			0,099
Baixo	1	10,0	
Normal	4	36,0	
Moderadamente Alta	2	50,0	
Estágio de Tanner			0,640
Púbere	3	37,5	
Pós-púbere	4	23,5	

A tabela 3 apresenta a associação entre os adolescentes com o percentual de gordura corporal moderadamente alto. Observou-se que os adolescentes com percentual de gordura corporal moderadamente alto não apresentaram diferença significativa entre os grupos etários ($p = 0,760$). Não houve diferença significativa das variáveis idades, estado nutricional e estágio de Tanner com o percentual de gordura corporal moderadamente alto entre os jogadores. Não houve diferença significativa em relação ao estágio de Tanner, quando comparados pré-púbere e pós-púbere ($p = 0,570$).

Tabela 3 – Associação entre os adolescentes com o percentual de gordura corporal moderadamente alto.

Variável	Percentual de gordura corporal moderadamente alto		p valor
	N	%	
Idade			0,760
11 a 12 anos	1	33,3	
13 a 14 anos	2	11,8	
15 a 16 anos	1	20,0	
Estado Nutricional			0,548
Adequado	2	11,1	
Excesso de peso	2	28,6	
Estágio de Tanner			0,570
Púbere	2	25,0	
Pós-púbere	2	11,2	

DISCUSSÃO

Araújo et al. (2007), em estudo realizado com 52 atletas adolescentes do sexo masculino de um time de futebol do Estado do Rio de Janeiro, encontraram, segundo a classificação do estado nutricional pelo índice de massa corporal, o maior percentual da amostra (94,24%) de eutróficos e um percentual mínimo com sobrepeso (5,76%), indo de encontro aos resultados deste estudo, no qual foi encontrado um percentual mais elevado de sobrepeso (24%) e menor de eutrofia (68%). No estudo de Gonçalves e Rocha (2012), com 24 atletas de 11 anos do sexo masculino realizado em Porto Alegre (RS) os adolescentes avaliados encontravam-se dentro da normalidade em relação à classificação do IMC e percentual de gordura .

Em um estudo semelhante realizado por Esteves et al. (2009) com 52 adolescentes futebolistas do sexo masculino com idade entre 09 a 15 anos no município de Cacoal(RO), os percentuais de gordura corporal encontrados foram adequados em 65% da amostra, 13,5% estavam com o percentual de gordura moderadamente alto e 19,2% apresentaram baixo percentual de gordura. No estudo realizado na escola de futebol de Caxias do Sul foram encontrados 44% de adolescentes com percentual de gordura corporal adequado, 40%, de adolescentes com baixo percentual de gordura e 16% com percentual de gordura corporal moderadamente alto.

Quando analisado o nível de maturação sexual pelo estágio de Tanner, encontramos a maioria dos adolescentes no estágio pós-púbere (68%) e um menor percentual de púberes (32%). Alves (2009), em estudo semelhante realizado na escolinha de futebol do Clube Atlético Pouso Altense, com 36 atletas, encontraram que todos os jogadores, na faixa etária entre 9 a 15 anos, passaram pelo processo pubertário correspondente à sua idade e maturação sexual, sendo que os pré-púberes estavam no início do processo, os púberes, no centro do processo e os pós-púbere, encaminhando para o término do estágio pubertário, aproximando-se da maturação total adulta.

Já no estudo de Pozzobon e Rezer (2010), realizado em Chapecó (SC), encontraram 87,3% da amostra encontravam-se no estágio púbere, diferindo deste estudo, onde a maioria dos adolescentes estava no estágio pós-púbere.

CONCLUSÃO

Concluimos que a maioria dos adolescentes participantes do estudo apresentaram eutróficos em relação à classificação do estado nutricional, com o percentual de gordura dentro da normalidade e no estágio de maturação sexual pós-púbere.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J.S. et al. Antropometria e composição corporal de atletas adolescentes de 15 anos do gênero masculino de um time de futebol do estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**. Disponível em: <<http://www.ibepex.com.br/www.rbne.com.br>> Acesso em 08 de outubro de 2013.

ALVES, C.V.N. Análise morfo-funcional em meninos de 09 a 15 anos praticantes de futebol de campo. **Efdeportes/Revista Digital – Buenos Aires**, ano 14, n. 133, 2009. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>> Acesso em 11 de novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes**. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Área de Saúde da Adolescente e do Jovem**. Marco Legal: Saúde, um direito de adolescentes. Brasília, 2005.

CANDIA, F.N.P. **Avaliação Nutricional Esportiva**. In: DUARTE, A.C. Avaliação Nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais. São Paulo: Atheneu, 2007, p. 213-237.

CAMPEIZ, J. Análise comparativa de variáveis antropométricas e anaeróbias de futebolistas profissionais, juniores e juvenis. **Movimento & Percepção**. Espírito Santo de Pinhal, v. 6, n. 8, 2006.

DE ONIS, M. et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. **Bulletin of th World Health Organization**, v. 85, p. 660-7, 2007.

ESTEVES, G.M. et al. Velocidade de futebolistas de 09 a 15 anos de idade, relacionado ao percentual de gordura. **Revista Brasileira de Futsal e Futebol**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 229-235. Disponível em <<http://www.ibpefex.com.br/www.rbff.com.br>> Acesso em 03 de outubro de 2013.

FEDERATION INTERNATIONAL OF FOOTBALL ASSOCIATION (FIFA) – Disponível em <<http://pt.fifa.com>> Acesso em 29 de setembro de 2013.

FONSECA, P.; LEAL, D.; FUKU, K. Antropometria de Atletas Profissionais de Futebol do Sul do Brasil. **Efdeportes/Revista Digital – Buenos Aires**, ano 13, n. 122, 2008. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>> Acesso em 28 de setembro de 2013.

GONÇALVES, E.R.; ROCHA, A.S. Percentual de gordura corporal e índice de massa corporal em jovens futebolistas de uma seleção de uma categoria sub-11 de um clube da zona norte de Porto Alegre. **Efdeportes/Revista Digital**. ano 16, n. 165, 2012. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>> Acesso em 14 de novembro de 2013.

GUEDES, D.P.; GUEDES, J.E.R.P. **Crescimento, composição corporal e desempenho motor de crianças e adolescentes**. São Paulo: CLR Balieiro, 1997.

HEALD, F.P.; GONG, E.J. **Diet, Nutrition and Adolescents**. In: SHILS, M. E. et al. Modern nutrition in heal th and disease. 9. ed. USA, Baltimore: Willians e Wikins, 1999, p. 857-67.

LUCAS, B. Nutrição na Infância. In: KRAUSE, M. V; MAHAN, H. K. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 7. ed. São Paulo: Roca, 1991.

LOHMAN, T. **Advances in Human Body composition assessment**. Champaign. Human Kinetics, 1996.

MANTOVANI, T. et al. Composição corporal e limiar anaeróbico de jogadores de futebol das categorias de base. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**. v. 7, n. 1, p. 25-33, 2008.

POZZOBON, M.E.; REZER, C.R. Perfil antropométrico e maturação sexual de jovens atletas do sexo masculino, do município de Chapecó, SC. **Efdeportes/Revista Digital**, ano 15, n. 149, 2010. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>> Acesso em 14 de novembro de 2013.

PRADO, W.L. et al. Perfil antropométrico e ingestão de micronutrientes em atletas profissionais brasileiros de futebol, de acordo com suas posições. **Revista Brasileira Medicina e Esporte**, v. 12, n. 2, 2006.

SARGENTIM, S. **Treinamento de Força no Futebol**. Phorte, 2010.

SOUSA, M.S. et al. O percentual de gordura em atletas profissionais de futebol segundo diferentes métodos: ensaio envolvendo condições desportivas e da saúde. **Revista Brasileira de Atividades Físicas & Saúde**. v. 4, n. 3, p. 63-74, 1999.

TANNER, J.M. **Growth at Adolescence**. 2. USA: Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1962.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical Status: the use and interpretation of anthropometry**. Genève: WHO, 1995.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Expert Committee on Physical Status: the use and interpretation of antropometry physical status**. Geneva: WHO, 1995. (Technical Report Series, v. 854).

Enviado em: novembro de 2013.

Revisado e Aceito: dezembro de 2013.

RELAÇÃO ENTRE ESTADO NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA ENTRE COLABORADORES DE UM COLÉGIO DE ENSINO PROFISSIONALIZANTE EM GUARAPUAVA-PR
RELATIONSHIP BETWEEN NUTRITIONAL STATUS AND QUALITY OF LIFE AMONG EMPLOYEES OF A PROFESSIONAL STUDY COLLEGE IN GUARAPUAVA-PR

EMILAINE FERREIRA DOS SANTOS¹
PRISCILA NAIVERTH FAIX¹
RAQUEL ROSALVA GATTI²
ANGELICA ROCHA DE FREITAS MELHEM³

RESUMO: Atualmente a busca pela perfeição no campo de trabalho, vem sendo o motivo maior pela preocupação com a qualidade de vida dos colaboradores, levando as organizações a repensar sobre as condições de trabalho e como isso impacta na vida de seus funcionários. O objetivo deste trabalho foi analisar a qualidade de vida (QV) dos colaboradores de um Colégio de Ensino Profissionalizante do Município de Guarapuava-PR. Foi aplicado o questionário desenvolvido pela OMS, o WHOQOL-Bref para avaliação da qualidade de vida, e realização do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) através de peso e estatura referidos pelos sujeitos, para avaliação do estado nutricional. Encontrou-se 51,1% com excesso de peso e as variáveis de IMC e peso estiveram correlacionados negativamente com o domínio ambiental e o percentual de QV. É de extrema importância o conhecimento da QV de colaboradores, pois esses são expostos a situações de estresse, de desconforto, podendo modificar seus hábitos diários, a partir dos resultados pode-se utilizar formas para a melhora da QV, citando exemplos, à educação nutricional e reeducação alimentar.

¹Acadêmicas do Curso de Nutrição da UNICENTRO

²Prof^ª Ms. do Departamento de Nutrição da UNICENTRO. Doutoranda da Universidade de La Integracion de las Américas- UNIDA- PY. Rua Candido Xavier, 668, Bairro Boqueirão, Guarapuava- PR, Cep 85020-440, e-mail: rgatti@unicentro.br

³Prof^ª Ms. Departamento de Nutrição da UNICENTRO. Doutoranda da Universidade Federal de São Paulo. UNIFESP-SP

Palavras-chave: Qualidade de vida, Qualidade de Vida no Trabalho, Estado nutricional

ABSTRACT: Currently the search for perfection in the work field, has been the main reason for concern for the quality of life of employees, leading organizations to back and rethink the working conditions and how this impacts on the lives of employees. The objective of this work is to analyze the quality of life (QOL) of employees of a College of Vocational Education Guarapuava-PR. We used the questionnaire developed by WHO, the WHOQOL-Bref for evaluation of quality of life and carried the Body Mass Index (IMC) using weight and height reported by subjects for assessment of nutritional status . It was found that 51.1 % of subjects were overweight and BMI and weight were negatively correlated with the percentage of environmental QOL. It is of utmost importance to study the QOL of employees, as they are they are exposed to stress, discomfort, which can change your daily habits , from this you can use forms to increase the QOL, such as nutrition education and nutritional education.

Key-words: Quality of life, Quality of Work Life, Nutritional status

INTRODUÇÃO

Em 1964, o então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, empregou pela primeira vez a expressão “qualidade de vida”, declarou que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (FLECK, 1999).

O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, definiu o termo como “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” (FLECK, 2000).

Louis Davis, professor da Universidade de Los Angeles em 1970, criou o termo Qualidade de Vida do Trabalho–QVT, que referiu à preocupação com o bem-estar geral, e a saúde dos colaboradores no decorrer do desempenho de suas tarefas (PEREIRA, 2006).

Nos dias atuais, a busca na perfeição e o diferencial no campo de trabalho, vem sendo o maior motivo pela preocupação com a qualidade de vida dos colaboradores, levando as organizações a repensarem sobre

as condições de trabalho e como essas impactam na vida dos colaboradores (SOARES, 2010).

A preocupação com a Qualidade de Vida (QV) no trabalho envolve dois aspectos: em primeiro o bem-estar do trabalhador com a eficácia organizacional, e em segundo a participação dos trabalhadores nas decisões e problemas do trabalho. O colaborador em si anseia e busca no trabalho aquilo que lhe proporcionará prazer e bem estar, caso ele não encontre isso no ambiente de trabalho, muitos adoecem fisicamente, espiritualmente e o que acaba afetando seu relacionamento consigo mesmo, e o trabalho que antes era motivo de prazer acaba sendo um fardo (SOARES, 2010). A QV no trabalho é essencial para que o colaborador tenha uma vida com qualidade, com ausência de conflitos e desavenças (PEREIRA, 2006).

Visando esses fatores o objetivo deste trabalho foi analisar a QV dos colaboradores de um Colégio de Ensino Profissionalizante do Município de Guarapuava-PR. Participaram do estudo os colaboradores, de todos os setores que envolvem o funcionamento do Colégio.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo transversal, realizado com os colaboradores de um colégio estadual de ambos os sexos e de todos os setores. Foram inclusos no estudo os que concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram excluídos os que não concordaram ou não estavam presentes no momento da coleta de dados.

Para avaliação da QV, foi utilizado como instrumento de coleta de dados, o questionário WHOQOL-Bref, desenvolvido em 1995 pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde a partir do questionário WHOQOL-100 (FLECK, 2000) O WHOQOL-Bref é composto por 26 questões e leva em conta os últimos 15 dias antes da pesquisa, dessas, duas questões são sobre a percepção geral sobre a QV, e o restante representa as 24 facetas que são avaliadas no WHOQOL-100, portando cada faceta que era avaliada por 4 questões no questionário original, ficou sendo avaliada por somente uma questão no instrumento abreviado. Os domínios avaliados no instrumento utilizado são: Domínio I – Físico: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho; Domínio II – Psicológico: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração,

autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais; Domínio III–Relações sociais: relações pessoais, suporte (apoio) social, atividade sexual; Domínio IV–Meio ambiente: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/transito/clima) e transporte. Cada questão possui opções de respostas de 1 a 5, quanto maior a opção marcada maior foi considerada a QV do indivíduo.

Foi avaliado o estado nutricional de cada participante da pesquisa, pela classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), o peso e a estatura foram referidos pelos sujeitos.

Após a coleta os dados foram digitados utilizando a software de planilha eletrônica Microsoft Office Excel 2010®, e analisados com a ajuda do software estatístico SPSS® versão 20.0. A pesquisa foi realizada mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO (Parecer nº455.958).

RESULTADOS

Dos 45 indivíduos avaliados 18 eram o sexo masculino e 27 do sexo feminino, a idade variou de 20 a 72 anos com média de 43,95 ($\pm 11,17$). A média do IMC encontrada foi de 26,32 ($\pm 4,67$) kg/m², 48,88% (n=22) apresentaram eutrofia, 28,88% (n=13) sobrepeso, e 22,22% (n=10) eram obesos. Na tabela 1 são apresentadas as correlações entre os domínios avaliados no WHOQOL- Bref e as variáveis idade, peso, IMC, peso e horas de trabalho.

Tabela 1: Correlação de Pearson entre os escores dos domínios e as variáveis avaliadas.

Domínio	Variáveis			
	Idade	IMC	Peso	Horas de trabalho (semanal)
Físico	-0,025 (0,872)	-0,062 (0,684)	-0,057 (0,712)	-0,015 (0,923)
Psicológico	0,051 (0,737)	-0,237 (0,118)	-0,237 (0,117)	-0,74 (0,627)
Ambiental	0,015 (0,923)	-0,477 (0,001)*	-0,385 (0,009)*	-0,009 (0,954)
Social	0,131 (0,392)	-0,210 (0,166)	-0,271 (0,071)	-0,118 (0,442)
% QV	0,666 (0,066)	-0,357 (0,016)*	-0,343 (0,021)*	-0,075 (0,625)

* Correlação significativa $p < 0,05$.

Os dados apontaram que o IMC e o peso dos participantes interferem significativamente no domínio ambiental, e na porcentagem total da qualidade de vida. Para a avaliação total da QV utilizou-se dois pontos de corte, menor que 70% representando que a QV tem que melhorar, e acima de 70% considerando que a QV é boa. Na tabela 2 está apresentada a correlação entre a QV total e o IMC e as horas trabalhadas semanalmente, mostrando que tanto eutróficos (n=8) como obesos (n=8), possuem qualidade de vida total menor que 70%, e o que mais se destaca são que grande parte dos eutróficos (n=14) possuem a QV maior que 70%. Já nas horas trabalhadas, demonstra-se que quem trabalha de 30 a 45 horas semanais possui uma qualidade de vida maior que 70%.

Tabela 2: Correlação da % QV total com estado nutricional e horas de trabalho

% QV	Classificação do IMC N(%)			Horas de trabalho (semanal) N(%)		
	Eutrófico	Sobrepeso	Obesidade	≤ 20 h	20 à 29h	30 à 45h
<70%	8 (38,1)	5(23,8)	8(38,1)	1(4,8)	0(0)	20(95,2)
>70%	14(58,3)	8(37,3)	2(8,3)	1(4,2)	2(8,3)	21(87,5)

Na tabela 3 são demonstrados os resultados sobre avaliação geral da qualidade de vida, ao avaliarem sua qualidade de vida, a média de resposta foi 3,75 ($\pm 0,57$) pontos, e em até que ponto eles estavam satisfeitos com sua saúde, a média foi 3,71 ($\pm 0,69$) pontos. Ao observar esses resultados evidenciou-se que a relação com esses aspectos à qualidade de vida ainda necessita melhorar. A média dos escores para os domínios foi de 3,4 ($\pm 0,33$) para o físico, 3,5 ($\pm 0,41$) psicológico, 3,9 ($\pm 0,54$) social e 3,3 ($\pm 0,55$) para o meio ambiente. Já o percentual de avaliação final sobre qualidade de vida foi de 70,60% ($\pm 6,99$).

Tabela 3: Avaliação geral da qualidade de vida

	Média (DP)
Percepção da qualidade de vida	3,75 (0,57)
Satisfação com a saúde	3,71 (0,69)
Domínio Físico	3,4 (0,33)
Domínio Psicológico	3,5 (0,41)
Domínio Social	3,9 (0,54)
Domínio Meio ambiente	3,3 (0,55)
% de avaliação final % (DP)	70,60 (6,99)

DP = Desvio Padrão; % = Porcentagem

DISCUSSÃO

É difícil mensurar qualidade de vida, devido ao fato de que ela muda de acordo com as alterações decorrentes das fases da vida e da percepção do indivíduo (GORDIA et al., 2011). Para tanto, nas últimas décadas, vem sendo desenvolvidos instrumentos de avaliação que podem ser adaptados à população a ser estudada. A avaliação dos resultados obtidos se torna importante para identificação dos principais fatores que influem na QV para elaboração de políticas públicas.

Atualmente, as patologias que acometem a população não estão associadas a somente questões biológicas, mas também a questões sociais e psicológicas que tem origem na rotina e/ou estilo de vida e de trabalho, causadores de estresse, obesidade e doenças cardiovasculares, decorrentes de falta de qualidade de vida (ALMEIDA et al., 2012).

Dentre os fatores que influenciam o nível de QV, o estado nutricional tem grande importância. Ford et al. (2001) em estudo com indivíduos adultos nos Estados Unidos observou que tanto o baixo peso quanto a obesidade influenciam negativamente a QV quando comparado com indivíduos eutróficos, ressaltando a importância da manutenção de peso dentro de limites considerados adequados.

Pode-se observar no presente estudo que mais da metade dos indivíduos apresentam excesso de peso (51,1%) e que o IMC e o peso corporal estiveram correlacionados negativamente com o domínio meio ambiente e o percentual total de qualidade de vida, demonstrando a influência do estado nutricional.

Deve-se ressaltar que quadros de obesidade estão relacionados com menor qualidade de vida, distúrbios cardiovasculares, endócrinos, respiratórios, gastrointestinais, dermatológicos, geniturinários, músculo-esqueléticos, psicossociais e neoplasias (MANCINI, 2001).

Dos indivíduos que apresentaram qualidade de vida superior a 70%, a maioria (58,3%) está com o estado nutricional adequado segundo IMC e daqueles com menos de 70%, 61,9% apresentam excesso de peso, tanto sobrepeso como obesidade. Estudos demonstram que a melhora da qualidade de vida é proporcional a perda de peso em indivíduos obesos (ENGEL et al., 2003).

O avanço da idade está relacionado com declínio da qualidade de vida, principalmente no que diz respeito ao domínio físico (dores, fadiga, menor capacidade de trabalho), seguido do ambiental (segurança física, ambiente no lar, lazer), psicológico (sentimentos, autoestima, memória) e social (relações pessoais, atividade sexual) (PEREIRA et al., 2006),

entretanto no presente estudo não foram encontradas associações significativas entre essas variáveis, pois a idade média dos indivíduos é de 43,95 ($\pm 11,17$) anos.

Ressalta-se que a qualidade de vida no trabalho afeta a qualidade de vida pessoal, social e familiar e quando a QVT é satisfatória, ocorre influência positiva sobre a produção do funcionário, relações interpessoais e organizacionais (ODEBRECH; PEDROSO, 2010). Assim, devem ser observadas as variáveis responsáveis pelo equilíbrio dessa relação a fim de estabelecer boas e satisfatórias condições de trabalho, por parte de gestores e funcionários da empresa.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se que o estado nutricional influi no percentual total de qualidade de vida e no domínio meio ambiente, a maioria dos indivíduos que apresentaram menos de 70% de qualidade de vida apresentam excesso de peso. Com isso, deve-se ressaltar a importância de educação nutricional e uso de ferramentas efetivas para que ocorra diminuição de peso, e reeducação alimentar para mudanças dos hábitos inadequados, esperando-se assim, o aumento da QV. Os resultados serviram para conhecer o conhecimento da QV de colaboradores, demonstrando que eles são expostos a situações de estresse, de desconforto, podendo influenciar de maneira significativa nos seus hábitos diários, dificuldades de relacionamento e insatisfação com o ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.A.B.; GUTIERREZ, G.L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida, definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo. Escola de Artes, Ciências e humanidades – EACH/USP, 2012.

ENGEL, S.G. et al. Impact of Weight Loss and Regain on Quality of Life: Mirror Image or Differential Effect? **Obes Res**. v. 11, n. 10, p.1207-13, 2003.

FERRO, F.F. **Instrumentos para medir a qualidade de vida no trabalho e a ESF: uma revisão da literatura**. Curso de especialização em atenção Básica em Saúde da Família. UFMG, Brumadinho-MG, 2012.

FLECK, M.P.A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr** v. 21 n.1, p.19-28, 1999

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p.178-83, 2000.

FORD, E.S. et al. Self-reported body mass index and health-related quality of life: findings from the behavioral risk factor surveillance system. **Obesity Research**, v. 9, n. 1, p. 21-31, 2001.

GORDIA, A.P.; QUADROS, T.M.B.; OLIVEIRA, M.T.C.; CAMPOS, W. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**. v.3, n.1, p. 40-52, jan./jun., 2011.

MANCINI, M.C. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. **Arq Bras Endocrinol Metab** v. 45, n.6, p. 584-606, 2001.

ODEBRECH, T.A.C.; PEDROSO, R. Qualidade de Vida no Trabalho: Diferentes percepções de um mesmo processo. **Revista Olhar Científico**—Faculdades Associadas de Ariquemes.v. 1, n.1, ago./dez. 2010.

PEREIRA, R.J.; COTTA, R.M.M.; FRANCESCHINNI, S.C.C.; RIBEIRO, R.C.L.; SAMPAIO, R.F.; PRIORE, S.E.; CECON, P.R. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev Psiquiatr. RS** v. 28, n. 1, p. 27-38, jan./abr., 2006.

PEREIRA, V.C. **Qualidade de Vida no Trabalho**. Rio de Janeiro: Universidade Candido Mendes, 2006, 37 p. Monografia – Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Recursos Humanos. Projeto A Vez do Mestre. Universidade Candido Mendes. Rio de Janeiro, out. 2006.

SOARES, R.H.S. et al. **Transformação**: qualidade de vida no trabalho. Mulheres Chefes de Família, Faculdade de Mantena – FAMA, Minas Gerais, 72 p. 6. ed. / ano 6 / 2010.

Enviado em: dezembro de 2013.

Revisado e Aceito: fevereiro de 2014.

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS
FREQUENTADORES DE CENTROS DIA
EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF ELDERLY GOERS
OF DAY CENTERS CARE**

SOLANGE CRISTINA DA SILVA FERNANDES¹
MARIA DO ROSÁRIO MARTINS²

RESUMO: Estima-se que em 2025 a população idosa brasileira atingirá cerca de 32 milhões, fazendo-se necessárias ações sociais e saúde que garantam uma melhor qualidade de vida e assegurando um envelhecimento digno. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, realizada nas dependências do Centro de Convivência João Paulo II, com o objetivo de analisar a qualidade de vida de uma população idosa acima de 60 anos de idade, frequentadores de um Centro dia. Os sujeitos foram 18 idosos frequentadores do Centro dia e 18 idosos que aguardavam vaga no Centro dia. Para a coleta de dados utilizou-se os instrumentos WHOQO-OLD e WHOQOL-BREF, e foi aplicado um questionário estruturado dos dados sócio-demográficos. Analisando a contribuição das facetas na qualidade de vida dos idosos, a faceta que mais contribuiu foi a da participação social e intimidade, seguida das facetas atividades passadas, presentes e futuras, morte e morrer, e por ultimo a faceta autonomia, assim nota-se uma mudança no perfil e comportamento dos idosos acima de 60 anos de idade, sendo que os frequentadores do Centro dia tem uma melhor Qualidade de vida em relação aos não frequentadores, devido a inclusão social, oferecida pelas atividades do Centro dia.

Palavras-chave: qualidade de vida; idoso; saúde do idoso.

ABSTRACT: It is estimated that in 2025 the elderly population will reach around 32 million, making it necessary health and social actions that ensure a better quality of life and ensuring a dignified aging. This is a descriptive exploratory study, conducted in the premises of Living Center

¹Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Ingá- UNINGÁ

²Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Ingá-UNINGÁ, Mestre em Enfermagem Pediátrica pela UNIFESP/EPM-SP, Doutoranda pela UNESP/BOTUCATU. Avenida Lucilio de Held, 722, Maringá – PR. Telefone 044- 3225-500 lilita2002@yahoo.com.br

John Paul II, with the aim of analyzing the quality of life of an elderly population above 60 years of age, a center goes day. The subjects were 18 elderly patrons of the center day and 18 elderly waiting vacancy in center day. To collect the data we used the WHOQOL-OLD and WHOQOL-BREF, and we applied a structured questionnaire of socio-demographic data. Analyzing the contribution of the facets of quality of life of the elderly, the facet that contributed most was the social participation and intimacy, then facets of activities past, present and future, death and dying, and finally the facet autonomy, thus notices a change in the profile and behavior of older people above 60 years of age, and center goes day has a better quality of life compared to non-attenders, due to social inclusion activities offered by the center daily.

Key-words: quality of life; elderly; health of elderly.

INTRODUÇÃO

Sabemos que o envelhecimento populacional é um desafio para o setor da saúde, pois o Brasil está se tornando um país que envelhece de forma rápida e intensa. Estima-se que até 2025 o país terá atingido o sexto lugar com uma população de 32 milhões de pessoas acima de 60 anos (CARDOSO, 2008).

Segundo Freitas et al. (2006), “a longevidade tem implicações importantes para a qualidade de vida, podendo trazer problemas, com consequências sérias nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social”, em nosso país sabemos que os idosos têm pouca possibilidade de uma velhice digna, dada não apenas pela imagem corporal da velhice e da dependência física, mas também por fatores sociais como: aposentadoria precária, analfabetismo, falta de oportunidades e exclusão social, mesmo enfrentando essas condições podemos encontrar idosos felizes e contentes com a vida. O apoio médico e social dessa população idosa cresce a cada dia, onde os recursos financeiros e sociais aparecem ameaçados, as famílias para suprir algumas necessidades, tendem a sair de casa para aumentar a renda familiar deixando seus idosos sozinhos, não podendo assegurar os cuidados de que os mesmos necessitam (BARRETO, 2005).

O acúmulo de incapacidade nas atividades funcionais da vida diária, associada a condições sócio econômicas, caracteriza o envelhecimento no nosso país, por isso há a necessidade da busca por modelos institucionais que possam propiciar um melhor ambiente e

cuidados específicos, promovendo e preservando a qualidade de vida e os direitos dos idosos (PEREIRA et al., 2005).

Assim como alternativa para esta condição encontramos os Centros dia, que se caracteriza por modalidade não asilar de atendimento diurno de idosos independentes ou semi-dependentes, que necessitam assistência multiprofissional, atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para cidadania, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida. (BRASIL, DECRETO Nº 1948/96).

É difícil ter um conceito sobre qualidade de vida, pois este varia de autor para autor, segundo Vecchia (2005) a qualidade de vida está relacionada ao bem estar e auto-estima, bem com o nível sócio econômico, o estado emocional, o auto-cuidado, o estado de saúde, o estilo de vida, os valores religiosos, os valores culturais, a interação social, a satisfação com as atividades diárias, o ambiente que se vive e o suporte familiar.

A OMS (The WHOQOL Group) define qualidade de vida como sendo a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores com os quais convivem em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FREITAS et al., 2006).

Atualmente a qualidade de vida está relacionada com a segurança, satisfação com a vida, realização de objetivos pessoais e o direito de gozar a vida (SOUZA; GALANTE; FIGUEIREDO, 2003).

A qualidade de vida em idosos varia conforme a saúde física, mental, autonomia, hábitos e estilo de vida, a família e o meio ambiente onde vivem, mostrando assim a grande variedade de aspectos a serem avaliados sobre qualidade de vida em idosos (VECCHIA et al., 2005).

Segundo Barreto (2005), “o bem estar do idoso depende de numerosos fatores, não só externos como também internos. O seu grau de satisfação vai resultar do êxito de um processo adaptativo contínuo às transformações que se sucedem”.

Partindo do exposto, a realização deste estudo surgiu com o objetivo de analisar a qualidade de vida de uma população idosa acima de 60 anos de idade, que frequentam o Centro dia, residentes no município de Maringá-PR, utilizando-se a escala WHOQOL-OLD e o WHOQOL-BREF associado às características sócio-demográficas e clínicas.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, segundo Martins

Junior (2008), onde essa pesquisa visa descobrir e observar fenômenos existentes, situações presentes e eventos, procurando descrevê-los, classificá-los, compará-los, interpretá-los e avaliá-los, com o objetivo de aclarar situações para idealizar futuros planos e decisões.

O estudo foi realizado no Centro de Convivência João Paulo II, que é uma entidade sem fins lucrativos mantida pela Renovação Carismática Católica do município de Maringá, no Estado do Paraná, onde os idosos frequentam durante o dia (8 horas) realizando atividades recreativas e educacionais, com a presença do Enfermeiro, Fisioterapeuta, Psicólogo, Pedagogo e cuidadores. No Centro dia estavam matriculados 24 indivíduos que frequentavam o Centro dia e 36 indivíduos que estavam aguardando vaga para matrícula. Deste total fizeram parte da pesquisa 18 indivíduos que frequentavam o Centro dia e 18 que estavam no aguardo de vaga, totalizando 36 indivíduos que aceitaram participar desta pesquisa, após serem abordados pelo pesquisador e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para a coleta de dados foi utilizado o questionário WHOQOL-OLD, que abrange perguntas a respeito de sentimentos, pensamentos e qualidade de vida, específicas para os idosos e permite avaliar o impacto da prestação do serviço e de diferentes estruturas de atendimento social e de saúde sobre a qualidade de vida dos idosos. O questionário WHOQOL-OLD é composto por 24 itens divididos em seis facetas. Cada uma das facetas possui quatro itens; portanto, para todas as facetas o escore dos valores pode oscilar de 4 a 20, desde que todos os itens de uma faceta tenham sido preenchidos. Basicamente escores altos representam uma alta qualidade de vida e escores baixos representam uma baixa qualidade de vida.

Para avaliar a qualidade de vida juntamente com o questionário WHOQOL-OLD, foi utilizado o instrumento WHOQOL-BREF, que é uma versão reduzida do questionário completo original com 100 questões (WHOQOL-100). O WHOQOL-BREF é composto por 26 questões, que abrangem perguntas sobre qualidade de vida a respeito de saúde e em outras áreas da vida dos idosos. Compreende quatro domínios da qualidade de vida, sendo que cada domínio tem por objetivo analisar, respectivamente: a capacidade física, o bem-estar psicológico, as relações sociais e o meio-ambiente onde o indivíduo está inserido.

Além desse instrumento de qualidade de vida, foi aplicado um questionário estruturado sobre os dados sócio-demográficos da população estudada, contendo informações referentes a sexo, idade, faixa etária, escolaridade, religião, renda salarial, estado civil e transporte.

A entrevista foi realizada, pela própria pesquisadora em uma sala no Centro dia com os indivíduos que frequentam a instituição após convite verbal e aceite por parte do indivíduo e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Para aqueles que não frequentam o Centro dia foi realizado visita domiciliar com o objetivo de convidá-lo a participar da pesquisa, uma vez aceito e assinado o TCLE iniciou-se a coleta dos dados.

Os dados do WHOQOL-OLD e WHOOL-BREF foram analisados no programa Excel desenvolvido por Pedroso (2010) e o questionário sócio demográfico foi analisado pelo programa Statistical Package of the Social Science (SPSS) versão 13.0. As variáveis contínuas com distribuição normal foram expressas como média e desvio padrão. As variáveis categóricas foram expressas como percentuais e frequência.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Ingá- UNINGÁ, sob número 9116/1-2012.

RESULTADOS

Neste estudo foram analisados 18 idosos que frequentavam o centro dia e 18 que aguardavam matrícula no centro dia, sendo 11 (61,1%) do centro dia e 15 (83,3%) que aguardam vaga, ambos os grupos do sexo feminino.

Em relação à idade, a maioria (10) 55,6% possui 80 anos ou mais, entre os frequentadores do centro dia e entre os que aguardavam vaga a maioria possui a idade entre 60 a 69 anos de idade (11) 61,1%.

Os frequentadores do Centro dia na sua maioria possui o ensino fundamental fase 2 (ensino médio) com (9) 50,0%, já no grupo que aguardavam a vaga no Centro dia a sua maioria foi do ensino fundamental fase 1 (primário) com (9) 50,0%.

Em relação a renda salarial, 13 idosos (72,2%) do Centro dia e 17 (94,4%) que aguardavam vaga recebem 01 salário mínimo.

Quanto ao estado conjugal, no Centro dia em sua maioria não possui companheiro (15) 83,3%, já dentre os que aguardavam vaga a maioria possui companheiro (11) 61,1%, e a maioria (15) 83,3% residia com os filhos no grupo do Centro dia e entre os que aguardavam vaga a maioria moram com o marido (11) 61,1%.

A Tabela 1 descreve as médias das seis facetas do questionário WHOQOL-OLD aplicado junto aos idosos que frequentavam o Centro dia. A que mais contribuiu na qualidade de vida foi a faceta participação social, seguida da faceta atividades passadas, presente e futuras. Seguiu-

se após a morte e morrer, intimidade, funcionamento do sensório e, com menor pontuação, a faceta autonomia.

Tabela 1: Média dos escores da avaliação de qualidade de vida segundo domínios do WHOQOL-OLD*, Maringá-Pr, 2012.

Domínios do WHOQOL-OLD				
	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Aguardam vaga				
Funcionamento do sensório	2,81	0,74	2,00	5,00
Autonomia	2,54	0,75	1,50	4,00
Atividades passadas, presente e futuras	3,06	0,78	1,75	5,00
Participação Social	2,97	0,63	1,75	4,25
Morte e Morrer	2,65	1,19	1,00	5,00
Intimidade	3,61	0,89	1,00	5,00
Frequentam o Centro dia				
Funcionamento do sensório	3,92	0,78	2,50	5,00
Autonomia	3,64	0,79	1,75	4,75
Atividades passadas, presente e futuras	3,99	0,58	2,50	4,75
Participação Social	4,35	0,45	3,25	5,00
Morte e Morrer	3,96	1,01	1,75	5,00
Intimidade	3,93	0,77	2,75	5,00

* WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life-OLD*): instrumento para medir a Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, para idosos.
DP = desvio padrão.

Em relação às médias das seis facetas do questionário WHOQOL-OLD aplicado junto aos idosos que aguardavam vaga no Centro dia, a que mais contribuiu na qualidade de vida foi a faceta intimidade, seguida da faceta atividades passadas, presente e futuras. Seguiu-se após a participação social, funcionamento do sensório, morte e morrer, com menor pontuação, a faceta autonomia (Tabela 1).

A Tabela 2 descreve as médias dos cinco domínios do questionário WHOQOL-BREF aplicado junto aos idosos que frequentavam o Centro dia. O domínio que mais contribuiu foi o social, seguido do psicológico, físico e ambiental. O domínio com menor contribuição foi o domínio auto-avaliação da QV.

Quanto às médias dos cinco domínios do questionário WHOQOL-BREF aplicado junto aos idosos que aguardavam vaga no Centro dia. O domínio que mais contribuiu foi o social, seguido do psicológico, meio

ambiente e auto-avaliação da QV. O domínio com menor contribuição foi o domínio físico.

Tabela 2: Média dos escores da avaliação da qualidade de vida segundo domínios do WHOQOL-BREF*, Maringá-Pr, 2012.

Domínios do WHOQOL-BREF				
	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Aguardam vaga				
Físico	11,65	3,02	6,86	18,86
Psicológico	12,89	2,52	6,00	17,33
Relações Sociais	14,22	2,89	5,33	17,33
Meio Ambiente	12,14	1,90	8,50	15,50
Auto-avaliação da QV	11,78	3,14	6,00	18,00
Frequentam o Centro dia				
Físico	16,51	2,28	11,43	20,00
Psicológico	17,33	1,58	12,67	19,33
Relações Sociais	18,00	2,39	12,00	20,00
Meio Ambiente	16,06	1,10	13,00	17,50
Auto-avaliação da QV	14,89	2,68	10,00	20,00

* WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life-BREF*): instrumento abreviado para medir a Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde.

DP = desvio padrão.

DISCUSSÃO

Na avaliação da qualidade de vida do idoso é necessário ressaltar que se trata de uma tarefa complexa, devida a utilização de múltiplos critérios, tanto de natureza biológica, psicológica como sócio econômica e cultural.

Em países desenvolvidos, o processo de envelhecer ocorre de uma forma gradual, seguido de sistema de saúde adequado, quadro esse que difere da realidade brasileira, onde o processo de envelhecimento está ocorrendo rapidamente, acompanhado de desigualdades sociais, economia frágil, levando a crescentes níveis de pobreza, agregando-se a esse cenário um acesso precário aos serviços de saúde e recursos financeiros reduzidos, inclusive da própria família do idoso (SERBIM; FIGUEIREDO, 2011).

Os idosos avaliados frequentadores do Centro dia na sua maioria possuem o ensino fundamental fase 2 (ensino médio), o que demonstra uma melhora significativa no grau de instrução, quando comparados com os dados obtidos por Serbim e Figueiredo (2011), onde observou-se que a grande maioria dos idosos frequentadores do Centro de convivência

tinham menos de quatro anos de estudo, porém, ao compararmos com os idosos que aguardavam a vaga no Centro dia, onde a sua maioria tinham o ensino fundamental fase 1 (primário), o nível de escolaridade manteve-se inalterado, podendo ser considerados, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, como analfabetos funcionais (IBGE, 2004)

Em relação à renda salarial, 72% dos idosos frequentadores do Centro dia e 94,4% dos idosos que aguardavam vaga recebiam 01 salário mínimo, o que revela recursos financeiros reduzidos, quando comparados com os dados obtidos por Serbim e Figueiredo (2011), onde foram observados que apenas 40% dos idosos tinham renda mensal igual ou inferior a 01 salário mínimo, o que reforça quando comparados com os dados de 2003 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, onde 46,8% dos idosos tinham rendimento inferior ou igual a 01 salário mínimo, que é o valor de aposentaria mais frequente pago no Brasil (PEREIRA, 2006).

A convivência familiar pode oferecer benefícios, em relação ao apoio e reduzindo o isolamento, mas pode gerar conflitos que acabam por diminuir a auto estima, afetando de forma marcante a qualidade de vida (CALDAS, 2003). Na amostra estudada, 83,3% dos idosos frequentadores do Centro dia não possuem cônjuge e reside com os filhos, o que reforça o papel do Centro dia no intuito de reduzir o isolamento do idoso, quadro este que também teve um aumento significativo em comparação aos dados obtidos por Serbim e Figueiredo (2011), onde 60% dos idosos viviam com os filhos. Com relação aos idosos que aguardavam vaga no Centro dia, 61,1% reside com o cônjuge, dado este que demonstra que os idosos procuram o Centro dia na ausência do companheiro, fato este marcante, que afeta diretamente a qualidade de vida do idoso.

Ao analisar a contribuição das diferentes facetas da qualidade de vida dos idosos estudados, observou-se nos idosos frequentadores do Centro dia, que a faceta que mais contribui na qualidade de vida foi a da participação social, sendo esta de grande contribuição, pois expressa a participação em atividades do cotidiano, dentro da comunidade. Na terceira idade a diminuição das capacidades sensoriais e redução da prontidão a resposta, entre outras habilidades são especialmente importantes, tais como as de estabelecer e manter contato social, além de lidar com os comportamentos sociais decorrentes de preconceitos contra a velhice, expresso através de hesitação (FREIRE, 2000).

Ao observar a contribuição das diferentes facetas da qualidade de vida dos idosos estudados que aguardavam vaga no Centro dia, a faceta

intimidade foi a que mais contribui para qualidade de vida, uma vez que 61,1% deles moram com o cônjuge. Nos idosos que frequentam o Centro dia essa faceta também demonstra uma mudança no perfil dos idosos analisados, quando comparados com os resultados obtidos por Serbim e Figueiredo (2011), pois em sua pesquisa, aparece como uma das menores pontuações atingidas, podendo estar associado ao fato de 53,3% serem viúvos. Além disso, segundo Silva et al (2004), as mulheres têm um maior índice de sobrevivência do que os homens, quando atingidas pelas principais causas de morte, mas o contraponto é que elas são mais afetadas por doenças não fatais, fato este que traz à mulher na velhice a maior possibilidade de ficar sozinha, ou seja, tem maior probabilidade de enfiar numa idade menos avançada, com muitos anos de vida ainda pela frente, fato que podemos observar tanto nos frequentadores do Centro dia (61,1%) como nos que aguardam vaga (55,6%).

Comparando a contribuição dos diferentes domínios do questionário WHOQOL-BREF, tanto dos idosos frequentadores do Centro dia quando os idosos que aguardavam vaga, o domínio que mais contribuiu na qualidade de vida foi o social seguido do psicológico, o que também demonstra uma mudança comportamental quando comparado com os resultados obtidos por Serbim e Figueiredo (2011), onde o domínio que mais contribuiu foi o social seguido do ambiental, e em estudo feito por Pereira (2006), onde o domínio que mais contribuiu na qualidade de vida dos idosos foi o físico seguido do ambiental.

CONCLUSÃO

A partir dos dados coletados, pode se perceber que 61,1% dos idosos frequentadores do Centro dia eram do sexo feminino, a maioria 55,6%, possui 80 anos ou mais, 50,0% possui o ensino médio, 72,2% recebem 01 salário mínimo e 83,3% não possui companheiro e moram com os filhos, em relação às diferentes facetas do questionário WHOQOL-OLD, a que mais contribuiu na qualidade de vida dos idosos frequentadores do Centro dia foi a faceta participação social, seguida da faceta atividades passadas, presente e futuras, em relação ao questionário WHOQOL-BREF o domínio que mais contribuiu para a qualidade de vida dos idosos frequentadores do Centro dia foi o social, seguido do psicológico.

Podemos concluir que está ocorrendo uma mudança no perfil e comportamento dos idosos acima de 60 anos de idade, sendo que os idosos que frequentam o Centro dia possuem uma melhor Qualidade de

vida em relação aos idosos não frequentadores, da mesma faixa etária, principalmente do que diz respeito à possibilidade de participação e relacionamento social dado a oportunidade de inclusão social oferecida pelas atividades desempenhadas dentro do Centro dia, além do apoio médico e social oferecido por uma equipe multiprofissional, uma vez que as próprias famílias muitas vezes não possuem condições financeiras e sociais para assegurar os cuidados de que os idosos necessitam e garantir um processo de envelhecer digno.

Esse apoio multiprofissional oferecido pelos Centros dia contribui para melhores cuidados e prevenção de complicações da velhice e doenças crônicas, identificando e priorizando os problemas, podendo realizar intervenções adequadas a essa população idosa, no que diz respeito às características sociais, culturais e da saúde.

REFERÊNCIAS

BARRETO, J. Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual, **Revista da Faculdade de Letras: Sociologia**, série I, v. 15, 2005, pag. 289-302. Disponível em: <<http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3733.pdf>>. Acesso em: 14 de Novembro de 2011.

BRASIL. Decreto nº 1948, de 03 de julho de 1996, Regulamenta a Lei nº 8.842 , de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso , e dá outras providências, Diário Oficial da União, p.12277, 04 de Julho de 1996, seção 1, c. 2, 43

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad Saúde Pública** v.19, p.773-81, 2003.

CARDOSO, G.A.; CARDOSO, M D.T. **Avaliação funcional em idosos na Estratégia Saúde da Família**, Volta Redonda, ano III, edição especial, outubro, 2008. Disponível em:<<http://www.unifoa.edu.br/pesquisa/cader-no/especiais/pmvr/17pdf>>. Acesso em: 14 de Novembro de 2011.

FREIRE, S. **Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico**. In: NERI, A.L.; FREIRE, A.S. org. E por falar em boa velhice. Campinas: Papirus; 2000. p. 21-31.

FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais 2004**. Rio de Janeiro, 2004.

MARTINS JUNIOR, J. **Como escrever trabalhos de conclusão de curso**: instruções para planejar e montar, desenvolver, concluir, redigir e apresentar trabalhos monográficos e artigos. Petrópolis: Vozes, 2008.

PEDROSO, B.; PILATTI, L.A. Cálculo dos Escores e Estatística Descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção – PPGEP.

PEREIRA, L.S.M.P. et al. **Programa Melhoria da Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados**, Anais do 8º encontro de Extensão da UFMG, Belo Horizonte, 03 a 08 de outubro de 2005. Laboratório de Qualidade de Vida – LaQVida Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR, Ponta Grossa – PR – Brasil, v. 2, n. 1, p. 31-36, jan./jun., 2010.

SERBIM, A.K.; NFIGUEIREDO, A.E.P. L. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência, **Scientia Medica**. v.21, 2011.

SILVA, M.; PEIXOTO, B.; ELIANE, M. et al. Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole. **Cienc Enferm**. v. 10, p. 31-9, 2004. [citado 2011 out 27]. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v10n1/art05.pdf>>. Acesso em: 29 de Julho de 2012.

SOUZA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem estar do idoso: um estudo exploratório na população portuguesa. **Rev Saúde Pública** v.37, n. 3, p. 364-71, 2003.

VECCHIA, R.D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev Bras Epidemiol** v. 8, n.3, p. 256-52, 2005.

PEREIRA, R. Contribuição dos Domínios Físico, Social, Psicológico e Ambiental para a Qualidade de Vida Global de Idosos. **Rev Psiquiatr RS**. v. 28, p. 27-38, 2006.

POWER, M.; SCHMIDT, S. Manual WHOQOL-OLD. **Genebra: World Health Organization**; 1998. [19 p, Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>>, Acesso em: 29 de Julho de 2012.

WHO. Development of the World Health Organization, WHOQOL-BREF quality of life assessment: the WHOQOL Group. **Psychol Med**. v.28, p. 551-8, 1998.

Enviado em: dezembro de 2012.

Revisado e Aceito: março de 2013.

**AVALIAÇÃO DA PADRONIZAÇÃO DE PREPARAÇÕES
ALIMENTÍCIAS EM UMA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E
NUTRIÇÃO HOSPITALAR
EVALUATION OF STANDARDIZATION OF FOOD
PREPARATIONS OF A HOSPITAL'S FOOD AND
NUTRITION UNIT**

LUCIANE DE PAULA ALEXANDRE¹
LILIAN MARIA PAGAMUNICI²
SUELEN PEREIRA RUIZ³
LAURA PAULINO MARDIGAN⁴

RESUMO: A utilização de fichas técnicas no preparo de alimentos assegura que refeições servidas em unidades de alimentação e nutrição (UAN) sejam padronizadas nos aspectos sensoriais e nutricionais. Métodos aleatórios resultam em alimentos com excesso de sódio e gordura, contribuindo para ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Os objetivos do trabalho foram avaliar a padronização de preparações alimentícias em UAN Hospitalar e verificar a satisfação dos comensais em relação aos cardápios. Foram investigados os métodos de produção dos alimentos, por meio de observação e entrevista com 12 cozinheiros. A satisfação dos comensais foi avaliada com questionários, aplicados no horário de almoço, uma vez por semana, durante 2 meses. Constatou-se que 66,67% dos cozinheiros não são esclarecidos sobre a importância da padronização das preparações alimentares; 33,34% não seguem o cardápio padrão; 83,37% não utilizam medidores para adição de ingredientes e usam temperos industrializados. Dos comensais avaliados, 36,25% sentem desconforto abdominal e 47,50% sede excessiva após as refeições; 52,50% relataram cardápios repetitivos e 47,50% muito calóricos. Conclui-se que na UAN avaliada, não há padronização nas preparações alimentícias, portanto os alimentos

¹Acadêmica do Curso de Graduação em Nutrição da Faculdade INGÁ

²Mestre em Ciência de Alimentos pela UEL, Professora do Curso de Graduação em Nutrição da Faculdade INGÁ. Rua Adolfo Alves Ferreira, 332. Vila Marumby. CEP: 87005-250. Maringá-PR. lilianmpr@hotmail.com

³Mestre em Ciência de Alimentos pela UEM, Professora do Curso de Graduação em Nutrição da Faculdade INGÁ

⁴Tecnóloga em Alimentos pela UTFPR, Professora do Curso técnico em Análises Clínicas da Faculdade Ingá

oferecidos aos comensais e pacientes podem veicular altas quantidades de sódio, gorduras, favorecendo ao surgimento de DCNT.

Palavras-chave: Cardápio, alimentação, nutrição, refeição hospitalar.

ABSTRACT: The use of technical cards on food preparation ensures that meals served in food and nutrition units (FNU) are standard in nutritional and sensory aspects. Random methods result in foods with excess sodium and fat, contributing to the occurrence of chronic non communicable diseases (NCDs). The aim of this data was to evaluate the standardization of food preparations in a Hospital's FNU and evaluate consumer satisfaction diners regarding menus. We investigated the process of food production, through observation and interviews with the cooks. The satisfaction of diners was evaluate with questionnaires administered for 2 months, at intervals of 7 days. It was found that 66.67% of the cooks are not educated about the importance of standardization of food preparations; 33.34% do not follow the standard menu; 83.37% do not use meters for adding ingredients and seasonings 58.37% use industrialized with high sodium and fat. Of consumers evaluated, 36.25% felt abdominal discomfort and excessive thirst (47.50%) after meals. The subjects also reported that the menu is repetitive (52.50%) and high calories (47.50%). It is concluded that in the FNU evaluated, there is no standardization in prepared food, so the food offered to consumers and patients can carry high amounts of sodium, fats, among others, favoring the appearance of DCNT.
Key-words: Menu, food, nutrition, hospital meal.

INTRODUÇÃO

As unidades de alimentação e nutrição (UAN) são classificadas como órgão de uma empresa que desempenha atividades relacionadas à alimentação e nutrição (MACIEL, 2002). No Brasil, as UANs foram criadas no governo Getúlio Vargas, em 1939, com o decreto de lei nº1238, onde se exige que, empresas com mais de 500 funcionários, devem disponibilizar salões de refeição para seus funcionários no local de trabalho (AMORIM, 2010).

Em uma UAN hospitalar se tem como metas preparar e distribuir cientificamente a alimentação destinada aos pacientes, funcionários, acompanhantes e visitantes do hospital, obedecendo a dietas e cardápios preestabelecidos pela própria unidade (MEZOMO, 2002). E para se alcançar o sucesso de uma linha de produção dentro de uma unidade de

alimentação e nutrição, não se deve ser negligenciado quaisquer passo na ordem de produção. (AMORIM, 2010).

A padronização do processo de produção de refeição evita o desperdício, avalia qualidade e satisfação pelos seus clientes e agrega valor nutricional aos pratos, beneficia o trabalho do nutricionista, facilita o treinamento de funcionários, e o planejamento do trabalho diário. Para o funcionário, a padronização facilita a execução de tarefas sem a necessidade de ordens frequentes, além de propiciar segurança no ambiente de trabalho (RICARTE et al., 2008). Quando não há padronização na preparação, o equilíbrio entre os nutrientes não é adequado e pode ocasionar consumo excessivo de sal, óleo e insuficiente de proteína, carboidrato, vitaminas e minerais. A ficha de preparação torna-se uma ferramenta indispensável dentro da UAN (CAMPOS, 2006).

A ficha técnica padrão (FTP) é indispensável dentro de qualquer UAN, para a padronização do processo de produção. São utilizadas em instituições hospitalares, empresas que preparam refeições servidas aos seus colaboradores, escolas, etc. Quanto maior for sua fidedignidade, melhor será o trabalho da UAN na área operacional. Com FTP se obtém uma segurança operacional na padronização de quantidades de matéria-prima a serem utilizadas, na forma de apresentação de pratos, no registro de todos os processos de produção, na manutenção de histórico das preparações realizadas; no adiantamento de compras futuras e no controle do estoque (KARAM, 2011). Assim cozinheiros e auxiliares devem utilizar ficha de preparação para obter as informações necessárias sobre o preparo do prato em andamento (AKUTSU et al., 2005).

No Brasil, muito dos problemas relacionados à produção, está relacionado a funcionários que trabalham em escalas alternadas, na mesma função, com estilo de execução diferente, levando à perda na qualidade do produto final (AKUTSU et al., 2005). A descrição das seqüências deve assegurar que as mesmas possam ser executadas no período adequado, somando eficácia do sistema (AKUTSU et al., 2005). Isso pode ser realizado pela utilização de Ficha técnica e padrão de cardápios pré-estabelecidos, sendo possível se organizar a ciência da nutrição e alimentação de maneira equilibrada, sem esquecer a adequação e apresentação do prato preparado. E na elaboração dos cardápios, deve ser considerado o valor energético de cada preparação e suas respectivas distribuições de macro nutrientes (ORNELLAS, 2001).

O objetivo do trabalho foi avaliar a padronização de preparações alimentícias em UAN Hospitalar, bem como verificar a satisfação dos comensais em relação aos cardápios servidos.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) de um Hospital, localizado na cidade de Maringá – Paraná.

Foi realizada investigação de cardápios e preparações alimentares com cozinheiros e auxiliares por um período de 20 dias. Foram realizadas as seguintes avaliações: 1) verificação, in loco, o processo de produção dos alimentos, por meio de observação investigativa; 2) entrevista com cozinheiros e auxiliares de cozinha, por meio de questionário, com perguntas pré-estabelecidas, (Quadro 1).

Quadro 1-Questionário aplicado aos cozinheiros e auxiliares para verificação da padronização dos cardápios e preparações alimentares

Questões	Respostas
Sabe sobre a importância da utilização das fichas técnicas na preparação dos alimentos?	() Sim () Não
Sempre segue o cardápio do dia?	() Sim () Não
Como mede a quantidade de sal e óleo de soja, a serem adicionadas nas preparações?	() Sim () Não
Utiliza-se de medidas caseiras na adição de ingredientes (temperos)?	() Sim () Não
Na dúvida sobre a quantidade de sal e óleo a ser adicionada em alguma preparação você:	() verifica ficha técnica () pede auxílio à nutricionista () ignora a dúvida
Quais são os temperos utilizados no preparo dos alimentos?	() sal () alho () cebola () pimenta () caldo de carne () molho inglês () ervas. Outros: _____
Tem o conhecimento dos riscos à saúde que o excesso de sal e óleo acarreta?	() Sim () Não
Tem alguma orientação do nutricionista responsável sobre o cuidado na adição de sal e óleo nas preparações?	() Sim () Não

Consideraram-se como comensal, funcionários do hospital que se alimentavam com frequência na unidade. A avaliação da satisfação dos mesmos, em relação às preparações alimentícias oferecidas pela UAN,

foi verificada por meio da aplicação de um questionário (Quadro 2), no horário de almoço, uma vez por semana, durante dois meses.

Quadro 2 - Questionário de Avaliação da Aceitação dos Cardápios pelos comensais

CARDÁPIO DO DIA:				
	Aspecto	Paladar	Aroma	Textura
Carne	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Bom
	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular
	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ruim
	Aspecto	Paladar	Aroma	Textura
Arroz	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Bom
	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular
	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ruim
	Aspecto	Paladar	Aroma	Textura
Feijão	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Bom
	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular
	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ruim
	Aspecto	Paladar	Aroma	Textura
Guarnição	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Bom
	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular
	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ruim
	Aspecto	Paladar	Aroma	Textura
Sobremesa	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Bom
	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular
	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ruim
	Aspecto	Paladar	Aroma	Textura
Bebida	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Bom
	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular
	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Ruim
O cardápio servido é repetitivo?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
As refeições servidas são calóricas?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Sente desconforto abdominal após as refeições?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Sente sede excessiva após as refeições?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Os dados obtidos foram expressos em porcentagem em relação ao número total de participantes da pesquisa, somando 80 comensais e 12 cozinheiros.

RESULTADOS

Os resultados dos questionários aplicados aos cozinheiros e auxiliares para verificação da padronização dos cardápios e preparações alimentares, bem como adição de sal e temperos, estão apresentados nas figuras 1 e 2.

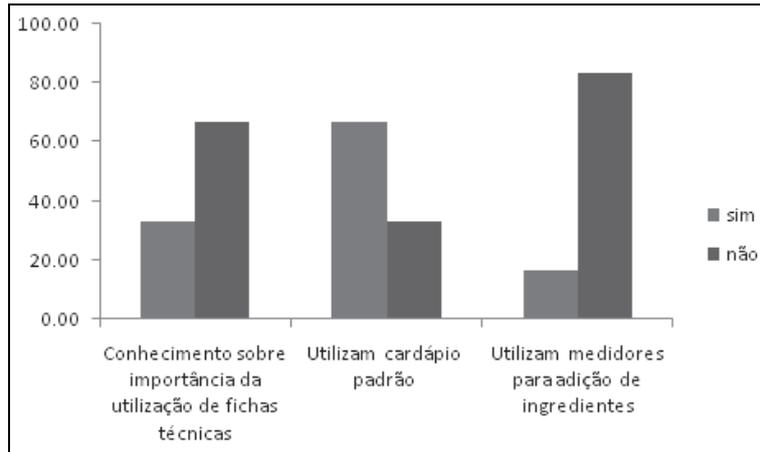


Figura 1 - Avaliação da Padronização da preparação dos cardápios

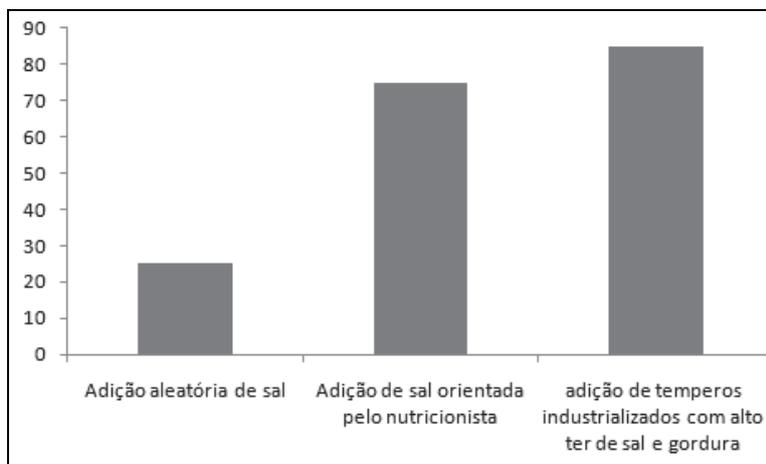


Figura 2 - Avaliação da utilização de sal e temperos industrializados

Os resultados dos questionários aplicados aos comensais para verificação da qualidade global dos cardápios servidos, estão apresentados nas figuras 3 e 4.

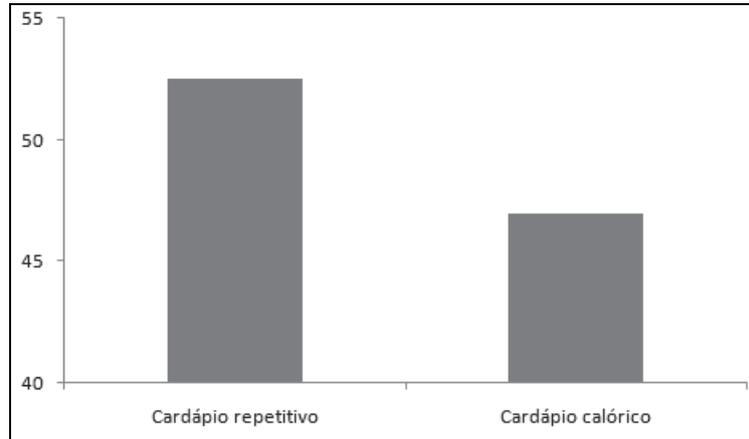


Figura 3 - Avaliação do teor calórico e monotonia dos cardápios servidos

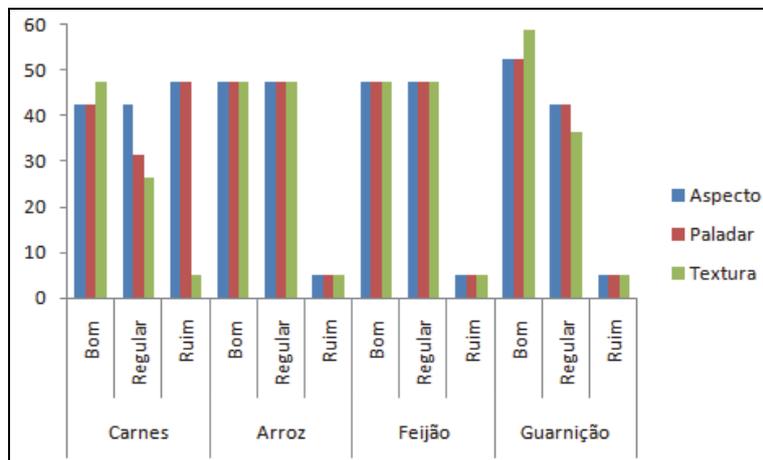


Figura 4 - Avaliação sensorial dos cardápios servidos aos comensais

DISCUSSÃO

Constatou-se que 66,67% dos cozinheiros não são esclarecidos sobre a importância da padronização das preparações alimentares por meio da utilização de fichas técnicas; 33,34% não seguem o cardápio padrão; 83,37% não utilizam medidores para adição de ingredientes e 16,68% utilizam medidas aleatórias, sem padronização. Na dúvida da

adição de sal na preparação, 25% dos entrevistados não solicitam auxílio ao nutricionista e adicionam o ingrediente. Aproximadamente 85% dos entrevistados usam temperos industrializados com alto teor de sal e gordura, em alguma preparação. Atualmente, a recomendação do consumo de sal é de cinco a seis gramas por dia. Já para os hipertensos, a quantidade não pode ultrapassar quatro gramas, o equivalente a duas colheres de café de sal por dia (DUMAS, 2008). Aproximadamente 92% dos cozinheiros sabem dos riscos que traz o consumo excessivo de sódio, e mesmo assim adicionam temperos industrializados com alto teor de sódio, de forma aleatória.

Diante destes resultados, verifica-se que as preparações alimentícias não são padronizadas com fichas técnicas padrão, o que não favorece um produto final, nutricionalmente proporcional. A ficha técnica padrão deve ser utilizada como medida de prevenção, onde há a descrição das sequências que devem assegurar a execução no período adequado, somando eficácia do sistema (AKUTSU et al., 2005). E quanto maior for sua fidedignidade a FTP, melhor será o trabalho da UAN na área operacional (KARAM, 2011).

A respeito à satisfação dos colaboradores sobre os serviços prestados pela UAN, dos 80 questionários respondidos, que avaliava como os comensais se sentiam após se alimentarem no trabalho, 36,25% responderam que sentem desconforto abdominal e 47,50% relataram sede excessiva. Burgos (2011) afirma que a utilização de realçadores de sabores, como os caldos de carne, galinha e legumes, contribui para a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis e desconforto gástrico. De acordo com Avena (2002), o aditivo glutamato monossódico, é utilizado como realçador de sabor, e em várias preparações está associado a alergias e eleva o teor de sódio da preparação, este não acrescenta nenhum valor nutricional e é agregado um poder excitatório neural, podendo estar associado a momentos de irritabilidade e depressão.

Dentre as preparações avaliadas, a carne foi a que apresentou um maior nível de descontentamento pelos comensais em relação ao atributo paladar, sendo 52,50% dos comensais relatou cardápios repetitivos e aproximadamente 47% dos comensais relataram cardápios muito calóricos. Em estudo sobre análise de cardápios para a coletividade, Veiros (2002), relatou que é um desafio constante para os nutricionistas que trabalham com a alimentação coletiva e a elaboração de cardápios agradáveis. E este contexto há um favorecimento para um produto final com níveis desproporcionais de sódio e lipídio, principalmente.

CONCLUSÃO

Conclui-se que na UAN avaliada, não há padronização nas preparações alimentícias, portanto os alimentos oferecidos aos comensais podem veicular altas quantidades de sódio, gorduras, etc., favorecendo ao surgimento de doenças crônicas não transmissíveis. E ainda, frequentemente, o cardápio servido causa desconforto abdominal e sede excessiva aos comensais, após as refeições.

REFERÊNCIAS

AKUTSU, R.C; BOTELHO, R.A; CAMARGO, E.B; SÁVIO, K.E.O; ARAÚJO, W.C. A ficha técnica de preparação como instrumento de qualidade na produção de refeições. **Rev Nutri**, Campinas, v. 18, n. 2, p. 277-279, 2005.

AMORIM, F.P. **Avaliação do Índice de resto- Ingesta e sobras em unidade de alimentação e nutrição de escola estadual com regime de internato na cidade de Guarapuava**. Guarapuava, 2010- Universidade Estadual do Centro Oeste.

AVENA, F.L. **Avaliação de refeições termoprocessadas**. Brasília, 2009. 26f. Dissertação (Mestrado)- Universidade de Brasília.

BURGOS, S.M. **Avaliação quantitativa de sódio em refeições de uma unidade de alimentos e nutrição em Caruaru- PE**. Caruaru, 2011. Faculdade do Vale do Ipojuca.

CAMPOS, J. M. S. **Avaliação qualitativa e quantitativa do cardápio de uma unidade hospitalar em Brasília – DF**. Brasília, 2006. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília.

DUMAS, L. L.V. **Aceitabilidade da redução de sódio em um restaurante de Taguatinga norte**. Brasília, 2008. Dissertação (Mestrado)- Universidade de Brasília.

KARAM, A.P.G.; NISHIYAMA, M.F. Implantação de fichas técnicas de preparo na cozinha dietética de um hospital na cidade de Foz do Iguaçu- Seminário científico de nutrição. **Rev Uniamérica**, 2011.

MACIEL, T.R.S. **Fatores interferentes na satisfação dos trabalhadores de uma unidade de alimentação e nutrição hospitalar**. Florianópolis, 2002. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina.

MEZOMO, I.B. **Os serviços de alimentação: Planejamento e Administração**. 5.ed. São Paulo: Manole, 2002..

ORNELLAS, L.H. **Técnica dietética**. Soluções e preparação de alimentos. 7 ed. São Paulo: Atenheu, 2001.

RICARTE, M.P.R; FÉ. M.A.B.M; SANTOS, I.H.V.S; LOPES, A.K.M. Avaliação do desperdício de alimentos em uma unidade de alimentação e nutrição institucional em Fortaleza- CE. **Rev Saber Científico**, Porto Velho, v 1 n.1, p 158-175, jan./jun. 2008.

VEIROS, M.B. **Análise das condições de trabalho do nutricionista na atuação como promotor de saúde em uma unidade de alimentação e nutrição: um estudo de caso.** Florianópolis, 2002. Universidade Santa Catarina.

Enviado em: junho de 2013.

Revisado e Aceito: outubro de 2013.

**PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE MORTE E
MORRER EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NURSES' PERCEPTION OF DEATH AND DYING IN AN
INTENSIVE CARE UTI**

VANESSA MORATO CAMARGO¹
JÉSSICA CARVALHO DE MATOS²

RESUMO: A morte é um evento presente do profissional Enfermeiro que trabalha na UTI, porém este fato ainda é visto como vergonha e despreparo e até mesmo como preconceito pelos próprios trabalhadores atuantes nesta área, assemelhando o significado desta palavra como um fracasso profissional. Sendo assim o presente trabalho objetivou compreender como os enfermeiros vivenciam o processo de morte e morrer. A metodologia aplicada foi o estudo descritivo de caráter qualitativo envolvendo a experiência do enfermeiro sobre este tema, através de um questionário com cinco perguntas discursivas, sendo aplicado a quatro enfermeiros que atuam na UTI, sendo três com especialização específica na área exercida. Foi observado através que o despreparo profissional neste assunto é constante, onde sentimentos particulares acabam indiretamente interferindo no cuidar do paciente frente ao processo de morte fazendo com que desta forma os profissionais lidem apenas como a patologia do paciente, esquecendo que através de tubos e aparelhos sofisticados há uma vida com uma história a ser respeitada. Enfatiza-se também a importância do preparo sobre este tema ser abordado com maior ênfase ainda na graduação do profissional preparando-o melhor para tal acontecimento.

Palavras-chave: Morte, Unidade de Terapia Intensiva, Enfermeiro.

ABSTRACT: Death is a present event in the life of professional nurses who work in ICUs; nevertheless, such fact is still regarded as reason of shame and result of lack of preparation, and even with prejudice by the workers in this area themselves, which equals the meaning of death to a

¹Aluna da Pós – Graduação em Enfermagem UTI da UNINGÁ. Graduada na Faculdade UNINGÁ. Rua Mascarenhas de Moraes, 936 Jardim Alvorada. CEP - 87033-220 Maringá – Paraná. E-mail: vanessamcamargo@hotmail.com

²Professora Mestre do Curso de Enfermagem da UNINGÁ

professional failure. Thus, the present work aimed to understand how the nurses experience the process of death. The methodology applied to this research was a descriptive study with a qualitative character concerning the nurses' experience by means of a questionnaire composed of five discursive questions that has been applied to four nurses working in ICUs, among whom, three have specialization courses in this area. It has been observed that the lack of professional preparation concerning this subject is constant, and that personal feelings end up indirectly interfering in the care for the patients through the death process, and that such fact leads the professionals to deal only with the patient's pathology itself and to disregarding the life history being maintained by the equipments. The importance of approaching such topic throughout the undergraduate course, and of a better preparation of the future professional, is emphasized as well.

Key-words: Death; Intensive Care Unit; Nurse.

INTRODUÇÃO

A morte ainda é considerada pela sociedade algo fora do comum, sendo analisado pela maioria da população com preconceito. Assemelhando esta tal palavra como medo, fracasso, punição ou ainda como algo não natural (FISCHER et al, 2007).

O conceito de morte de acordo com o conhecimento científico pode ser analisado como ausência da função cerebral. Pois se sabe que, com o avanço da tecnologia na área da saúde e na atualidade tornou-se possível manter as funções cardíacas e respiratórias através de aparelhos, e que ao contrário das atividades cerebrais, ainda não há nada que se possa fazer para manter a atividade cerebral em pleno funcionamento (PESSINI, 2000).

No cotidiano agitado das pessoas a morte ainda é conceituada como um evento alheio, distante de suas realidades. Desse modo evita-se a discussão sobre este tema considerado como eufêmico. Entretanto ao lidar com este assunto, este pode ser compreendido como uma das missões mais importantes para quem trabalha na área da saúde (SILVA; RUIZ, 2003).

Esta idéia pode ser entendida como relevante, pelo fato de ser considerada como um fracasso para quem presta o cuidado, devido o objetivo ser a busca da melhora do paciente em direção a saúde e não em direção inversa (THOMAS; CARVALHO, 1999).

Embora a morte esteja presente no cotidiano dos profissionais da saúde este sentimento de fracasso ainda se torna um processo muito difícil de aceitar e lidar perante esta situação (POLES; BOUSSO, 2006).

Esse sentimento de derrota e onipotência pode ser considerado pelo fato que dentre os profissionais da saúde, o enfermeiro passa maior parte do tempo com o doente e sua família. Conhecendo desta maneira toda sua evolução clínica, e o que de certa forma são transmitidos a estes profissionais confiança de ajudar a salvar suas vidas, o que talvez possam lhe proporcionar a estes, um sentimento de fracasso por saberem que não há mais nada o que fazer para a melhora do prognóstico. (SOUZA; BOEMER, 2005).

Afirma-se que outro sentimento que acercam os profissionais é a culpa, pois em muitos casos afirmam que chegam a desejar que o paciente descanse e saia daquele quadro de sofrimento, porém por outro lado quando o paciente morre vivenciam sentimentos de culpa intensa por terem desejado este desfecho (RIBEIRO et al, 1998).

Mesmo com os avanços tecnológicos na saúde e em especial na área de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), não se pode evitar este sentimento de incapacidade perante o outro (SANCHES; CARVALHO, 2009).

O ambiente de UTI é destinado ao tratamento para os doentes graves e recuperáveis e que demandam de profissionais especializados com equipamentos de última geração. Porém ressalta-se que, mesmo com todo o esforço e especialização da equipe de profissionais, muitos pacientes se encontram em fase terminal, onde a morte se faz presente a cada instante (SANCHES; CARVALHO, 2009).

Devido à utilização desses aparelhos sofisticados, os cuidados de humanização com o paciente, podem acabar sendo esquecidos, ou até mesmo ignorados propositalmente, tendo como pretexto de não se envolverem com o presente sofrimento apresentado. Onde em muitas circunstâncias, se esquecem que atrás das máquinas, e equipamentos como drenos e tubos encontra-se uma vida em fase terminal e principalmente que ainda há existência de sentimentos a serem valorizados e respeitados (MORITZ; NASSA, 2004).

Neste mesmo sentido, é afirmado ainda que a UTI por ser uma unidade complexa, onde os profissionais atuantes neste espaço são vistos como insensíveis, uma vez que direcionam o cuidar priorizando o biológico ou em dimensão mecanista pela destreza necessária e pelo lidar diário com diversos equipamentos, sendo considerados como profissionais frios em suas decisões (SALOMÉ et al., 2008).

OBJETIVO

Compreender como os enfermeiros que trabalham em uma Unidade de Terapia Intensiva vivenciam o processo de morte e morrer.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter descritivo envolvendo a vivência do enfermeiro frente a morte em Unidade de Terapia Intensiva.

O estudo descritivo tem como característica obter mais informações sobre assuntos que ainda existe um vazio de conhecimento, sendo então necessário reconhecê-los e descrevê-los através de experiências de vida (TURATO, 2005)

O estudo foi realizado em um Hospital Filantrópico de Médio Porte do Município de Sarandi. O mesmo foi inaugurado no ano de 1984, e a UTI no ano de 2001, sendo composta atualmente por 15 leitos.

Foram participantes do estudo 04 enfermeiros que trabalham na Unidade de Terapia Intensiva do referido local da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário estruturado auto-responsável, contendo 05 perguntas abertas. O mesmo foi aplicado com um grupo de enfermeiros que atuam na Unidade de Terapia Intensiva no mínimo seis meses.

A análise dos dados foi realizada através da caracterização das respostas do questionário aplicado.

A participação dos enfermeiros foi voluntária, e estes receberam instruções quanto aos objetivos da pesquisa e o caráter anônimo da mesma, em caso de publicação dos resultados, garantindo assim a confidencialidade e a privacidade das informações recebidas, para tanto os mesmos assinaram e leram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de responder o questionário.

Foi assegurado pelos profissionais o procedimento de sigilo, estes receberam nomes fictícios e de origem grega tais como: Penélope, Dejanira, Nereida e Hipólito.

O projeto foi aprovado e autorizado pela direção clínica/ gerência de enfermagem do Hospital no qual foram coletados os dados.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Faculdade Ingá, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização:

Os grupos de enfermeiros que foram investigados possuíam entre 22 a 37 anos sendo destes 03 do sexo feminino e 01 do sexo masculino, ambos com pouco tempo de formação na área de enfermagem sendo de 01 a 06 anos.

Em relação ao tempo de experiência em UTI, observa-se uma prevalência de enfermeiros também com pouco tempo nessa área, três profissionais possuíam 9 meses a 1 ano e 3 meses, e somente um enfermeiro possuía 5 anos de experiência na função exercida específica.

Conforme descrito pelos enfermeiros, três relataram terem especialização em UTI sendo um ter obtido o título em especialização UTI Adulto e UTI em Neonatologia. E somente um dos profissionais não possui especialização na área exercida. Quando questionados sobre a vivência da morte e morrer de uma pessoa que esta sobre seus cuidados, os entrevistados relataram sentimentos como: tristeza, decepção acompanhado de fracasso, alívio, fim do sofrimento, relataram também sentir como parte da condição humana.

Dois dos entrevistados usaram as seguintes frases:

... *“Alguns pacientes me causam tristeza e decepção depois de tanto esforço ver a morte deste paciente; em outros pacientes causam certo alívio ao ver chegar o fim de tanto sofrimento”*. (Penélope)

... *“A morte, assim como a doença e o sofrimento fazem parte da condição humana. Você não morre por estar doente, mas você morre porque está vivo”*. (Dejanira)

A responsabilidade maior e a pressão pelos quais os profissionais de enfermagem são submetidos durante o período de trabalho, fazem com que seja extremamente estressante visualizar o presente mal prognóstico do paciente, aumentando desta maneira a ansiedade e o temor de enfrentar a morte. Embora se saiba que conviver com a vida e morte, ambos fazem parte do cotidiano da enfermagem, e ainda o avanço tecnológico não tem a capacidade de mudar este presente situação (SANCHES; CARVALHO, 2009).

Os profissionais de saúde negam e banaliza a morte encontrando desta forma uma saída para não se envolverem com o estado do paciente, porém é enfatizado que esta estratégia encontra-se falha, perpetuando a angústia, desânimo e medo não expressados (GODOY, 1999).

Uma das grandes dificuldades para os enfermeiros é lidarem com o paciente grave, ou seja, com risco de morte e decidirem até que momento deve se estender o contato emocional (SILVA; RUIZ, 2003).

Por este motivo deve-se manter a postura profissional, porém vale ressaltar que o cuidado não se restringe apenas a repetição de técnicas e sim aos cuidados emocionais do indivíduo hospitalizado por meio de comunicação e linguagem simbólica (SILVA; RUIZ, 2003).

Quando questionados sobre os sentimentos vivenciados ao saberem que o cuidado prestado ao um paciente não elevará sua expectativa de vida; as palavras que foram ditas com maior frequência foram: angústia, culpa, medo e decepção.

“... Muitas vezes me causa angustia e desânimo”. (Penélope).

“... Sinto-me angustiado, pois a perspectiva é sempre de cuidar para a recuperação do indivíduo, oferecer uma condição melhor de saúde e não em relação oposta.” (Hípólito).

Em um estudo realizado foi afirmado que a morte se tornou uma verdade para quem cuida, e devido as novas tecnologias que demandam no mercado a morte passa ser negada pelo profissional, causando pânico, decepção e angústia quando se deparam com o presente mal prognóstico do paciente (FOUCALT, 1980).

É necessário enfatizar que a limitação do poder sobre a assistência aplicada resulta em uma sensação complicada e desagradável, principalmente quando o profissional assiste o paciente cujo processo de morrer é lento, e que não há nada para reverter o quadro clínico (SATO, 1993).

Sobre os sentimentos dos enfermeiros ao ser internados um paciente em UTI sob risco de morte, foi relatado sentimentos como angústia, estresse e decepção, mas também sentimentos como expectativa de recuperação do paciente.

“... Algo que muitas vezes você já sabe que não vai escapar, o mais difícil é se deparar principalmente com uma pessoa jovem que tem toda a vida pela frente”. (Dejanira)

“... Cria uma expectativa e a vontade muito grande de fazer o possível para o restabelecimento da saúde do paciente.” (Penélope).

A enfermagem é retratada como uma profissão de humanização, porém estressante, devido à responsabilidade pela vida das pessoas e sua aproximação constante com o sofrimento do paciente e seus familiares sendo este fator inevitável, aumentando o desgaste físico e psicológico de quem presta o cuidado ao indivíduo sob risco de morte (HOGA, 2002).

Apesar de a morte ser uma ocorrência frequente em UTI, os profissionais que trabalham nesta área, busca preservar a vida, sem o enfrentamento da finitude da existência humana (CORRÊA; SALES; SOARES, 2002).

Em relação de terem presenciado um parente ou amigo próximo internado em uma UTI vivenciando o processo de morte, e o que isso significou para eles em relação aos cuidados prestados, todos os entrevistados responderam ter passado por esta situação com um parente próximo, sendo um fator estressante, desespero e culpa.

“... Minha mãe estava em fase terminal de C.A e quando foi entubado, orei para Deus leva - lá, pois sei que o sofrimento é grande, tanto para o paciente quanto para a família; O chão some.” (Nereida)

“... Frustrante.” (Hipólito)

O enfermeiro ao presenciar a família do paciente crítico em situação de morte acaba expressando em sua rotina de trabalho sentimentos como angústia e frustração (LIMA; ROSA , 2008).

No sentido de tentar entender e aceitar o processo de morte do paciente enfatiza-se que as dificuldades pelas quais as famílias enfrentam no processo de internação do seu ente querido acabam refletindo diretamente no relacionamento entre a família e a equipe de trabalho. Sendo nesta fase a equipe, em especial os enfermeiros necessitam conhecer as fases do processo de morte, ajudando desta maneira a lidarem com os próprios sentimentos perante os cuidados, assim como entendendo e ajudando o sofrimento da família neste processo (KLUBER- ROSS; 2002).

Os estágios do processo de morrer distinguem em cinco fases, sendo a principio a negociação conceituando como uma fase temporária, onde a reação dos pacientes e seus entes querido é de inconformação perante o resultado do prognóstico; em seguida é a raiva sendo expressos sentimentos de ira, nesta fase a adequação ao tratamento é de negação, com o paciente (KLUBER-ROSS, 1985).

Já na barganha a relação de promessa se faz presente com Deus para continuar a vivendo. Esta fase é muito vivenciada não somente pelos pacientes como também pelos familiares, sendo muito realizada a expressão de troca de favores para salvar uma vida.

Porém com o prolongamento da internação e p prognóstico de piora do paciente,

O estágio de depressão se faz nítido, devido ao tempo de hospitalização do paciente aumentando desta forma a ansiedade, medo e tristeza de todos (KLUBER- ROSSO, 1985).

E finalizando é transferido para a fase de aceitação, o qual o paciente e principalmente seus familiares se conformam com o prognóstico e expectativa de vida.

Acredita-se que é possível preparar todas as pessoas para enfrentarem a morte através de palestras de sensibilização e cursos, ajudando desta forma a reconhecerem as fases do processo de morte, favorecendo assim uma discussão e reflexão de atitudes diante da morte tanto no âmbito profissional quanto pessoal (KOVACS, 2002).

O conhecimento do enfermeiro de cada fase faz com que haja maior compreensão consigo mesmo, com o paciente e com a família no processo de morte, fortalecendo o relacionamento e confiança entre equipe- paciente e família (BORGES et al., 2004).

CONCLUSÃO

Esta pesquisa revelou que apesar da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ser composta por vários equipamentos e uma complexa tecnologia e equipe de pessoais qualificados para prestarem estes serviços, o medo ao se depararem com a morte é nitidamente expressado através de sentimentos de incapacidade profissional.

Somos educados em nossa formação acadêmica e nos aperfeiçoamos cada vez mais em nossa área em busca do conhecimento para proporcionarmos aos pacientes, segurança e métodos de trabalho que restabelecem sua saúde, e não em direção inversa onde a nova tecnologia ainda não é capaz de apresentar resultados completamente satisfatórios contra a morte.

O profissional enfermeiro está diretamente ligado ao paciente desde a sua admissão até evolução para o óbito em algumas ocasiões, tendo em vista que todos os anseios, preocupação, frustração e até mesmo o medo norteiam estes profissionais ao saberem que o cuidado prestado não elevará a perspectiva de vida.

Visando esta reação se faz extremamente necessário nós profissionais da saúde nos aprofundar mais sobre este tema e quebrarmos preconceitos, e o silêncio, pois sabemos que é inevitável presenciarmos o processo de morte em nossa profissão.

Cabe-se então enfatizar a valorização do ensino da tanatologia na grade curricular da formação acadêmica preparando o futuro profissional ainda no campo de estágio junto com seu docente, como também a oferta de cursos, palestras e sites dentro do ambiente do trabalho sobre este tema, oferecendo suporte para quem presta o cuidado no dia-a-dia.

Apesar de o paciente estar em fase terminal, o cuidador tem medo da existência da morte em seu plantão, desta forma o vínculo com o

paciente fica cada vez mais precário por acreditar que quando se há vínculo com quem é cuidado ocorre a dor da perda.

É válido e necessário compreendermos que a morte é uma manifestação vital decorrente do viver por mais contraditório que possa aparecer, e que o profissional deve lidar com este fator como partícipes da vida e não como sua antítese.

REFERÊNCIAS

BORGES, et al. Palavras duras em voz de veludo: O valor da comunicação da equipe com a família. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. Supl. I, v. 56, 2004.

CORRÊA, et al. A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do enfermeiro. **Revista Acta Scientiarum**. Maringá, v.24, n.3, p.811-18, 2002.

FISCHER, et al. **Manual de Tanatologia** 21. ed. Curitiba: Unificado, 2007. p.17

FOUCALT, M. **O nascimento da clinica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense –Universitário, 1980.

GODOY. Reações e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.52, n.1, p. 105-17, jan/ mar. 1999,

HOGA. Causas de estresse e mecanismos de produção do bem-estar dos profissionais de enfermagem de unidade neonatal. **Acta Paul Enferm**. v.19, n. 3, p. 310, 2006.

KLUBER- ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

KLUBER- ROSS, E. **Sobre Morte e morrer**. São Paulo: Martins Fontes; 2002.

KOVÁCS, M.J. **Educação para a morte**: um desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, 2002.

LIMA; ROSA O sentido de vida do familiar do paciente crítico. **Rev Esc Enferm USP** v. 42, n. 3, p. 547-53, 2008.

MORITZ; NASSAR A atitude dos profissionais de saúde diante da morte. **RBTI** v.16, n. 1, p. 14-21, 2004.

PESSINI, L. **Problemas atuais da bioética**. São Paulo: Loyola, 2000.

POOLES; BOUSSO. Compartilhando o Processo de Morte com a família: A experiência da enfermeira na UTI pediátrica. **Rev Latino-AM. Enfermagem**. v. 14, n. 2, p. 207–13, mar./abr., 2006.

RIBEIRO, et al. A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual do preparo do corpo pós morte. **Rev Enf USP** v. 32,n.2, p. 117- 23, 1998.

SALOMÉ, et al. O ser profissional de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Acta Paul Enferm** v. 21, n.2,, p.294-99, 2008.

SANCHES; CARVALHO. Vivência dos Enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva frente á morte e o morrer. **Rev Gaúcha Enferm** v. 30, n.2, p. 289 –96, jun., 2009.

SATO, L. **O conhecimento no cotidiano**: a representação social do trabalho penoso. São Paulo: Brasiliense; 1993.

SILVA; RUIZ. Cuidar, Morte e Morrer: Significações para profissionais de enfermagem. Rev. **Estudos de Psicologia**, PUC- Campinas, v.20, n.1, p.15-25, jan./abr., 2003.

SOUZA; BOEMER. O cuidar em situação de morte: algumas reflexões. **Medicina** Ribeirão Preto. v. 38, n.1, p. 49-54, 2005.

THOMAS; CARVALHO. O cuidado ao término de uma caminhada. **Santa MariaPalotti**, 1999.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Publica** v. 39, n.3, p. 507-14, 2005.

Enviado em: junho de 2012.

Revisado e Aceito: fevereiro de 2013.

**RELATO DOS ATENDIMENTOS DAS LESÕES AGUDAS DOS
ATLETAS DA DELEGAÇÃO DE MARINGÁ NOS 54^{OS} JOGOS
ABERTOS DO PARANÁ - 2011
REPORT OF ASSISTANCES IN ACUTE LESIONS TO
ATHLETES OF MARINGÁ DELEGATION IN THE 54^{THS}
PARANA OPENED GAMES – 2011**

JORGE LUIZ GRABOWSKI¹

RESUMO: Este artigo tem como objetivo divulgar os resultados da atuação de 15 acadêmicos do curso de Fisioterapia da Faculdade Ingá da cidade de Maringá-PR, na prestação de atendimento de primeiros socorros aos atletas da delegação desta cidade, num total de 330, que apresentaram disfunções osteomioarticulares durante a realização dos 54^{os} Jogos Abertos do Paraná, edição 2011, em forma de Projeto de Extensão Universitária. O evento proporcionou uma vivência real dos acadêmicos em campo esportivo, de forma que cada modalidade disponha do suporte de um ou mais acadêmicos, conforme sua complexidade e o nível de contato físico ou de esforço, devidamente inscritos na Secretaria de Esportes do Paraná para este fim. Foram realizadas 208 intervenções em 82 eventos esportivos durante a competição, com procedimentos como alongamentos, técnicas de relaxamento, pompagens, bandagens funcionais e crioterapia. O esporte que recebeu mais atendimentos foi o futebol (60), seguido do atletismo (35). As maiores ocorrências foram dores musculares (60) e contusões (54). Ao final, mostrou a importância do atendimento imediato da fisioterapia às lesões agudas, bem como sua classificação para a elaboração de condutas.

Palavras-chave: Lesões agudas. Atletas. Fisioterapia.

ABSTRACT: This article has as goal announce the results of performance of 15 academics of the Physiotherapy course of Inga College, city of Maringá-PR, in the assistance installment of first aids to

¹Fisioterapeuta e educador físico, docente em Fisioterapia Desportiva e Estágio Supervisionado de Fisioterapia em Ortopedia, Traumatologia e Desportiva da Faculdade Ingá, Maringá, PR. Especialista em Morfofisiologia Aplicada à Educação Corporal e a Reabilitação, e em Morfofisiologia Aplicada à Reabilitação Osteoarticular e Neurológica. Av. Mario Clapier Urbinatti, 344, apt. 106, CEP 87020160, e-mail: jorge.grabo@gmail.com

the athletes of the delegation of this city, in a total of 330, which introduced bones, muscles and joints dysfunctions during the accomplishment of the 54th Paraná Opened Games, 2011 edition, in a project form of Academic Extension. The event provided the real existence of the academic in sporty field, so that each sporty modality has the support of one or more academic, as your complexity and the level of contact physicist or of effort, properly registered in the Sports Secretariat of Paraná for this end. They were accomplished 208 interventions in 82 sport events during the competition, with procedures as stretchings, technical of relaxation, pompages, functional bandages and criotherapy application. The sport that received more assistances was soccer (60), followed by athletics (35). The biggest occurrences were muscular pains (60) and contusions (54). To the final, it showed the importance of immediate assistance of the physiotherapy to the acute lesions, as well as your classification for the conducts elaboration.

Key-words: Acute lesions. Athletes. Physiotherapy.

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como principal objetivo divulgar o resultado da atuação de 15 acadêmicos do curso de Fisioterapia da Faculdade Ingá da cidade de Maringá-PR, nas lesões agudas de uma delegação esportiva de alto nível, com prestação de atendimentos de primeiros socorros aos atletas da delegação desta cidade, composta por 330 esportistas, que apresentaram disfunções osteomioarticulares durante a realização dos 54^{os} Jogos Abertos do Paraná, edição 2011 na cidade de Toledo, que foram disputados por um total de 6000 atletas, conforme Projeto de Extensão Universitária coordenado por este autor, em parceria com a Secretaria de Esportes e Lazer da Prefeitura deste município. O conteúdo Primeiros Socorros nos Esportes é ministrado regularmente na disciplina de Fisioterapia Desportiva deste curso, e o evento proporcionou a vivência real dos acadêmicos de fisioterapia em campo esportivo, de forma que cada modalidade em competição disponha do suporte de um ou mais acadêmicos, conforme sua complexidade e o nível de contato físico ou de esforço, devidamente inscritos na Secretaria de Esportes do Paraná para este fim.

Foram realizadas 208 intervenções em 82 eventos esportivos durante a competição, com procedimentos como alongamentos, técnicas de relaxamento, pompagens, bandagens funcionais e aplicação de crioterapia que, conforme Starkey (2001), tem o significado de descrever

a aplicação de modalidades de frio com uma variação de temperatura de 0°C a 18,3°C, com efeitos locais de vasoconstrição, redução da taxa de metabolismo celular em consequência da necessidade reduzida de oxigênio, redução da produção de resíduos celulares, redução da inflamação, redução da dor e redução do espasmo muscular. Para se obter benefícios na crioterapia a temperatura corporal deve cair para aproximadamente 13,8°C para que ocorra a redução ideal do fluxo sanguíneo local, e 14,4°C para que ocorra analgesia.

O atendimento imediato após uma lesão também é preconizado por Canavan (2001), que propõe que o papel da fisioterapia também é o de prevenção e reabilitação de lesões, tendo como notório que nos casos mais graves, o tempo em que o atleta fica sem o treinamento acaba acometendo seu desempenho.

Para o tratamento ambulatorial dos quadros agudos e crônicos, os acadêmicos elaboraram uma clínica no próprio alojamento da delegação, disponibilizada pela Instituição de Ensino, composta de equipamentos de eletroterapia como laser, ultra-som e TENS e respectivos acessórios, bem como espaço para utilização de recursos de terapia manual e cinesioterapia como parte integrante das reabilitações. O ambulatório contou também com uma máquina de gelo, e os recursos preventivos e curativos empregados proporcionaram a recuperação necessária para a continuidade destes atletas nas competições.

O transporte e a alimentação dos acadêmicos foram custeados pela Secretaria de Esportes e Lazer da Prefeitura do Município de Maringá, bem como os certificados de participações e materiais de consumo como gel ultrassônico, fitas crepe, gelo, bolsas de primeiros socorros contendo luvas de procedimentos, esparadrapo, gaze, atadura, algodão, soro fisiológico, água oxigenada e sacos plásticos.

Lesões esportivas agudas são descritas por Agre (1994) como as que ocorrem de forma súbita, com presença imediata de fenômenos como dor, edema e limitação funcional, e muitas vezes ocasionando afastamento da competição. Estes aspectos as diferenciam das lesões crônicas, geradas por abuso ou uso excessivo, quando os atletas participam de uma atividade com alguma queixa, estando inclusive incluído em um programa de reabilitação. Para estas lesões, alguns fatores são considerados predisponentes e definidos como: *intrínsecos* ou *endógenos*, quando causas inerentes do próprio atleta predisõem, citados por desordens ortopédicas como escolioses, aumento da cifose torácica e da lordose lombar, discrepâncias e mau alinhamento de membros inferiores, fraqueza ou desequilíbrio muscular; já os fatores *extrínsecos* ou

exógenos se encontram no ambiente da atividade, como superfícies duras ou excessivamente moles, calçados e equipamentos inadequados de proteção, condições ambientais como chuva ou sol intenso, e os erros inerentes de um programa de treinamento desajustado. Também é incluída a falta de conhecimento sobre as regras do esporte praticado pelo atleta, ou uma condução técnica pobre.

Em sua obra, Flegel (2002) classificou e definiu as lesões agudas como:

- *Contusões*, conseqüentes de um golpe direto, que danificam tecidos e vasos, causando perda de líquidos e sangue levando a dor e edema. Quando afetam músculos, ligamentos e ossos causam limitação funcional, porém em órgãos como pulmões, cérebro e rins podem apresentar risco de vida;
- *Abrasões* geralmente afetam a pele, em forma de escoriações ou arranhões, mas oferece gravidade quando se manifesta na córnea;
- *Perfurações*, ferimentos estreitos que rompem pele e órgãos internos, podem ocorrer por cravos de calçados (futebol, atletismo) ou dardos, estes oferecendo maiores riscos em relação aos pulmões e outros órgãos;
- *Cortes*, que podem ser por incisões, cortes ou avulsões, em que ocorrem ruturas dos tecidos, no caso de um incidente com um brinco ou anel;
- *Entorses* ocorrem nos ligamentos e são do tipo I quando ocasionam dor e incapacidade funcional transitória, do tipo II quando algumas fibras do ligamento se rompem, e tipo III quando há rutura total. Estes últimos casos podem comprometer a amplitude de movimento articular diante de uma má cicatrização ligamentar;
- *Distensões* musculares ou tendíneas ocorrem quando estas estruturas sofrem uma força de tração ou contração acima de sua capacidade elástica. Também podem ser do tipo I, II ou III pela descrição acima e podem lesar os vasos ou nervos que participam de suas funções;
- *Luxações* e *subluxações* ocorrem nas articulações, levando à separação parcial ou total dos ossos que as compõem, sendo o ombro o local mais lesado;
- *Fraturas* são separações da continuidade de um osso por uma força externa, como uma contusão violenta, ou por forças internas como por estresses. Podem ser simples, com os ossos divididos em dois segmentos, cominutiva quando os ossos são divididos em

dois fragmentos, e abertas ou expostas, em que um fragmento ósseo perfura os tecidos moles.

A maioria das lesões agudas promove reações orgânicas também agudas, citadas por Kitchen (2003) como forma de reparo do tecido lesado por reequilíbrio fisiológico por migração de células do tecido vascular e conjuntivo, em três fases sobrepostas: inflamação, proliferação e remodelamento, a saber:

- Fase de inflamação, resposta do corpo aos agentes lesivos: físicos, químicos, por calor ou bactérias, onde ocorre morte celular e danos vasculares. Tem uma ação primária por agentes químicos: livrar resíduos e tecidos mortos e destruir infecções. Apresenta sinais característicos de dor, calor, rubor, edema e limitação funcional.
- Fase de proliferação, onde ocorre a formação do tecido de granulação pela neomatriz e neovascularização, bem como a ação dos macrófagos e fibroblastos. É importante a presença do colágeno para a regeneração, e a vascularização se dá por brotamento de capilares, anastomoses em vasos e acoplamento interno.
- Fase de remodelamento, onde se tem a ação da matriz de tecido imaturo no mesmo tempo que o novo tecido, sendo a matriz substituída e remodelada durante o amadurecimento. Pode durar meses a anos e deve-se promover uma reorientação das fibras na direção das linhas de sobrecarga à lesão, em forma de alongamentos passivos suaves, para favorecer uma maior força tensil.

As fases inflamatórias das lesões agudas também foram estudadas por Starkey (2001), expondo serem decisivas para a elaboração da conduta fisioterapêutica, e são bem distintas: fase aguda (1 a 3 dias da lesão), fase subaguda (7 dias após a lesão) e fase crônica (7 dias em diante). Na inflamação ocorrem também os fenômenos de vasorregulação e coagulação pelos seguintes processos:

- a) hemorragia e perda de fluídos por maior atividade plaquetária e início do processo de regeneração;
- b) vasoconstrição, cuja ação principal é limitar a perda de fluído. Ocorre de forma primária por alguns segundos de ação da noradrenalina (norepinefrina), e após, de forma secundária com a presença de serotonina, calcio, trombina, adenosina difosfato. As plaquetas aderidas nas paredes dos vasos vão originar tampões.

- c) Coagulação pela atividade plaquetária do sangue no meio. A protrombina se transforma em trombina e o fibrinogênio em fibrina, originando assim a matriz inicial.

O atendimento imediato do fisioterapeuta a uma lesão aguda requer, além do conhecimento dos fenômenos citados, uma avaliação da condição do atleta, de forma objetiva, que consiste nos achados físicos que se pode documentar a partir da observação da região lesada, que determina presença de líquido, edema e deformidades; inspeção e palpação, que proporciona ao fisioterapeuta as condições de temperatura, dor superficial ou profunda e a presença de irregularidades em músculos, tendões, ossos e articulações; avaliação da amplitude de movimento, que mostra incapacidade funcional articular; desempenho muscular, para avaliar perda de força; exame neurológico, demonstrando perda ou ausência de sensibilidade; e testes funcionais específicos para cada modalidade esportiva (ANDREWS; HARRELSON; WILK, 2000).

A avaliação da área lesada também é salientada por Hoppenfeld (2003), cuja obra propõe exames de inspeção, palpação óssea e de tecidos moles, grau de mobilidade específico de cada articulação, exame neurológico e testes especiais que avaliam as estruturas envolvidas e possíveis de lesão como tendões, músculos, ligamentos e meniscos.

Andrews, Harrelson e Wilk (2000) também afirmaram que, uma vez avaliada a lesão e tendo sido determinado seu tipo e gravidade, o próximo passo é aplicar um protocolo de intervenção imediata, no local da atividade ou competição, dispondo de recursos que envolvem uso da crioterapia, repouso, elevação e compressão do segmento lesado, sendo indicado o posterior transporte do atleta de forma criteriosa, e de acordo com a gravidade da lesão. Se possível, como em uma lesão de um membro inferior de menor magnitude, poderá o atleta deambular com o uso de uma órtese.

O uso da crioterapia nas lesões agudas significa aplicação imediata da modalidade do frio, especificado por uma temperatura que varia entre 0 a 18° por técnicas como compressas, sacos de gelo, gel ou imersão, de forma direta, que pode se estender até as próximas 72 horas. O repouso significa a remoção do atleta lesado da atividade, e deve ser mantido até a ausência de dor e limitação funcional. Em casos mais graves, o retorno só é determinado após um diagnóstico mais completo, multidisciplinar, inclusive com o auxílio de imaginologia. A elevação do membro lesado deve ser acima da altura do coração, para minorar o edema, e deve ser realizada junto com o gelo, bem como com a

compressão por faixas elásticas, com o mesmo fim (FLEGEL, 2002; STARKEY, 2001).

Knight (2000) descreveu os efeitos fisiológicos da crioterapia no tratamento agudo das lesões esportivas como sendo de vasoconstrição, processo inflamatório amenizado, diminuição da dor, diminuição da temperatura local pela remoção do calor, diminuição do espasmo muscular e redução do metabolismo local, sendo este o efeito de maior benefício ao atleta. O frio diminui a necessidade de oxigênio na área lesada, fato que imediatamente diminui sua taxa de metabolismo, e por sua vez, reduz sensivelmente a possibilidade de lesão por hipoxia secundária, que poderia ocorrer na área circunvizinha à lesada, e que geralmente não sofreu nenhum trauma diretamente. A diminuição de danos nas células por falta de oxigênio também ameniza a taxa de mediadores inflamatórios liberados na área.

Sandoval, Mazzari e Oliveira (2005) confirmaram a importância deste efeito, em um estudo de revisão, e afirmam que a técnica apresenta maiores benefícios se utilizada entre as 72 horas iniciais da lesão, num tempo de aplicação entre 15 e 30 minutos com intervalo de 2 horas, dependendo da gravidade.

Hernandez (2006) apontou que o esporte de alto rendimento apresenta lesões em vários segmentos corporais e em vários graus, que mesmo não colocando o atleta em risco de vida, podem provocar seu afastamento da prática, mesmo que temporário. Este autor agrupa estas lesões em macrotraumáticas, como as que ocorrem em esportes de contato e entre atletas mais jovens, e em microtraumáticas, quando ocorrem por algum processo degenerativo, associadas aos sujeitos de maior faixa etária.

PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

Para a elaboração deste trabalho foi realizada pesquisa dos dados constantes nos relatórios de primeiros socorros prestados aos atletas da delegação maringaense que participou dos 54^{os} Jogos Abertos do Paraná, no período de 11 a 20 de novembro de 2011 na cidade de Toledo neste Estado, que eram gerados pelos acadêmicos de fisioterapia da Faculdade Ingá após cada competição. Didaticamente os alunos foram escalados em forma de revezamento para cada modalidade esportiva, favorecendo suas convivências com os gestos esportivos de cada uma, bem como seus mecanismos mais favoráveis de lesões, em número de um ou mais, de acordo com a complexidade de cada competição, bem como nos esportes

de maior contato físico. As provas de atletismo foram acompanhadas por no mínimo três acadêmicos, justificado pelas suas realizações simultâneas. Este projeto de parceria entre o curso de fisioterapia e a Secretaria de Esportes desta cidade se realiza há 8 anos, e contempla também a cobertura, por seus acadêmicos, da delegação que disputa os Jogos da Juventude do Paraná, sendo estes dois eventos realizados anualmente.

Os relatórios forneceram os seguintes dados: data da competição, modalidade, ocorrência, local da lesão, procedimento e nome do acadêmico, preenchidos pelo critério de ocorrências em cada competição. Todos os procedimentos foram discutidos entre os acadêmicos e o gestor, dando ênfase aos objetivos de cada conduta e os resultados alcançados, de acordo com a obra de Knight (2000) onde propõe que, entre os benefícios da crioterapia, sem dúvida é de grande importância seu efeito sobre o metabolismo celular de uma estrutura diante da lesão aguda, diminuindo a taxa de mediadores inflamatórios liberados na área, bem como reduzindo a necessidade de oxigênio ao tecido não lesado, prevenindo lesão por hipóxia secundária.

De acordo com estes dados, foi realizado um estudo que quantificou os tipos de lesões ocorridas nos campos de competição, numa classificação entre as agudas e as queixas idiopáticas, bem como as modalidades mais acometidas. Para tanto, foi realizada pesquisa bibliográfica em artigos e livros que discorreram sobre a importância dos atendimentos de primeiros socorros, as fases das lesões esportivas e seus tratamentos, bem como a incidência destas lesões em alguns esportes.

Para o tratamento ambulatorial dos quadros agudos e crônicos, os acadêmicos elaboraram uma clínica no próprio alojamento da delegação, dispondo de equipamentos de eletroterapia como laser, ultrassom e TENS, bem como espaço para utilização de recursos de terapia manual e cinesioterapia como parte integrante das reabilitações. O alojamento contou também com uma máquina de gelo, e os recursos preventivos e curativos empregados proporcionaram a recuperação necessária para a continuidade destes atletas nas competições.

Para a realização destes atendimentos ambulatoriais foram designados cinco acadêmicos por período, sendo distribuídos em matutino, vespertino e noturno, em sistema de revezamento onde avaliaram, elaboraram e realizaram as condutas necessárias, sob a supervisão do autor do projeto. Cada atleta era fichado, com a descrição da evolução do tratamento em cada período, sendo que os quadros agudos recebiam tratamento intensivo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os esportes que solicitaram atendimento durante ou após as competições foram os que se descreve na tabela 1:

Tabela 1: Total de atendimentos por esporte

ESPORTE	ATENDIMENTOS
Atletismo	35
Basquete	14
Ciclismo	12
Futebol	60
Futsal	4
Ginástica rítmica	3
Handebol	29
Judô	14
Tênis	4
Vôlei	12
Vôlei de praia	21
TOTAL	208

Fonte do autor

Nesta competição, pode ser verificado que o futebol foi o esporte que mais necessitou de atendimento, num total de 60 interferências. Este achado vem de encontro com o trabalho de Leite e Cavalcanti Neto (2003), onde apregoaram que o futebol é jogado em um espaço muito grande, que exige grande capacidade física, sendo que mais da metade das atividades do jogador em uma partida são executadas sem a bola, cerca de 57,6% enquanto que as restantes 42,4% são executadas com a posse da bola. Assim, na maioria dos casos, as lesões surgem durante a posse de bola, quando ocorre a marcação do adversário. Neste estudo, 82% das atletas lesadas apresentavam alterações posturais, consideradas portanto como fatores endógenos predisponentes.

Stewien e Camargo (2005) em um estudo comparativo descreveram um índice de 32% de lesões em joelhos de jogadores e 23% em jogadoras de equipes de futebol masculino e feminino, entre profissionais e amadores.

Quanto aos atendimentos, foram classificadas as lesões agudas e aquelas descritas sem história aparente, ou seja, idiopáticas, requisitando atendimento durante as competições, e nos intervalos entre elas, originando os relatórios das tabelas 2 e 3:

Tabela 2: Atendimentos de lesões agudas

LESÕES AGUDAS	ATLETAS
Contusão	54
Entorse	18
Corte/escoriação	12
Contratura muscular	11
Cãibra	6
Dispneia	5
Distensão muscular	4
TOTAL	110

Fonte do autor

Tabela 3: Atendimentos de queixas idiopáticas

QUEIXAS IDIOPÁTICAS	ATLETAS
Dor muscular	60
Estresse muscular	20
Dor articular	18
TOTAL	98

Fonte do autor

Comparando os atendimentos de lesões agudas com os de queixas sem causas aparentes, notamos uma proximidade nos resultados finais das tabelas, sugerindo que alguns atletas apresentaram quadros algícos ou de alterações osteomioarticulares que se agravaram aos esforços, justificando assim atendimento de primeiros socorros.

Estes dados se reforçam com relação às incidências, sendo a maior referência para dor muscular (60 atletas) em comparação à maior intercorrência entre as lesões agudas, 54 contusões. Em sua obra, Hernandez (2006) abordou esta relação de fatos, quando sugere que a maioria das lesões pré-existentes se deve aos fatores extrínsecos de lesões crônicas, citando erros de treinamento e uso de equipamentos inadequados de proteção, bem como os fatores intrínsecos, entre eles os casos de encurtamentos musculares, alterações posturais e retorno do atleta às suas atividades ainda em sua fase de recuperação.

As incidências de câibras (6), que são descritas por Flegel (2002) como uma contração muscular abrupta e involuntária que causa dor intensa e limitação funcional, causadas por falta de condicionamento físico ou esforços além do seu limite de condicionamento, foram exceções para os primeiros atendimentos em relação à crioterapia. Nestes casos, os procedimentos foram alongamentos passivos dos músculos acometidos e

massagens clássicas com fins de promover calor e relaxamento. Outra exceção à crioterapia foi advinda dos atendimentos aos atletas acometidos por dispnéias (5 ao todo), que são definidas por esta mesma autora como quadros de dificuldades respiratórias causadas por contusões na região abdominal provocando uma praxia momentânea no músculo diafragma, e que propõe como padrão de atendimento o posicionamento do atleta deitado em supino com orientação para uma inspiração costal, profunda, e relaxamento deste músculo.

Nesta competição também foram realizadas 39 bandagens funcionais de tornozelo, joelho, punho e quirodáctilos, com os objetivos de imobilização e repouso dos segmentos lesados, e proteção aos quadros de instabilidades articulares. Esta conduta não foi computada aos dados das tabelas 2 e 3.

CONCLUSÃO

A conclusão deste estudo é coerente com a literatura mundial, que mostra a importância dos primeiros socorros nos esportes, no sentido de analgesia, minimização de edemas, prevenção de hipoxias secundárias, e principalmente como base para a reabilitação dos atletas lesados, levando a um menor comprometimento clínico.

Por fim, mostra a importância da participação acadêmica, tanto para os alunos que somam experiências reais na forma de avaliação, diagnóstico e prescrição de condutas emergenciais de fisioterapia, como para os atletas, por contarem com um quadro suficiente de acadêmicos para suprir as diversas competições que ocorriam simultaneamente, bem como o atendimento clínico, em regime integral, propiciando um retorno mais rápido e seguro às competições, e em alguns casos, colaborando para evitar o seu afastamento definitivo das mesmas.

O estudo sugere também que um plano de parceria entre os cursos de fisioterapia e os órgãos públicos torna viáveis as possibilidades de uma prática didática das intervenções fisioterapêuticas, contribuindo também para a uma divulgação direta desta importante área de atuação.

REFERÊNCIAS

AGRE, J.C. Fisiatria na medicina esportiva. In: KOTTKE, F.J.; LEHMANN, J.F. **Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen**. 4. ed. São Paulo: Manole, 1994. V.2.

ANDREWS, JR.; HARRELSON, G.L; WILK, K.E. **Reabilitação física das lesões desportivas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

CANAVAN, P.K. **Reabilitação em medicina esportiva**: um guia abrangente. São Paulo: Manole, 2001.

FLEGEL, M.J. **Primeiros socorros no esporte**. Barueri: Manole, 2002.

HERNANDEZ, A.J. Perspectivas da traumatologia esportiva no esporte de alto rendimento. **Revista Brasileira de Educação Física e Esportes**. v. 20, n. 5, p. 181-83, 2006.

HOPPENFELD, S. **Propedêutica ortopédica**: colunas e extremidades. São Paulo: Atheneu, 2003.

KNIGHT, K.L. **Crioterapia no tratamento das lesões esportivas**. São Paulo: Manole, 2000.

LEITE, C.B.S; CAVALCANTI NETO, F.F. Incidência de lesões traumato-ortopédicas no futebol de campo feminino e sua relação com alterações posturais. **Revista Digital**. Ano 9, n. 61, 2003. Disponível em www.efdeportes.com, acesso em 27 out 2008.

SANDOVAL, R.A; MAZZARI, A.S; OLIVEIRA, G.D. Crioterapia nas lesões ortopédicas: revisão. **Revista Digital**. Ano 10, n. 81, 2005. Disponível em www.efdeportes.com. Acesso em 27 out. 2008.

STARKEY, C. **Recursos terapêuticos em fisioterapia**. Barueri: Manole, 2001.

STEWIEN, E.T.M; CAMARGO, O.P. A. Ocorrência de entorse e lesões do joelho em jogadores de futebol da cidade de Manaus, Amazonas. **Acta Ortopédica Brasileira**. v. 13, n. 3, 2005.

Enviado em: julho de 2012.

Revisado e Aceito: março de 2013.

**HUMANIZAÇÃO–QUALIDADE DE TRABALHO DOS
SERVIDORES LABORATORIAIS DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA
GRANDE DOURADOS - UFGD
HUMANIZATIONQUALITY WORK OF SERVERS LABORAT
ORY OF THE ACADEMIC HOSPITAL OF FEDERAL
UNIVERSITY OF GRANDE DOURADOS – UFGD**

ADRIANA CRISTINA DE ARAUJO FIGUEIREDO¹
CARLA JANICE COELHO²

RESUMO: A humanização do ambiente hospitalar e da assistência à saúde não se concretiza se estiver centrada unicamente em fatores motivacionais externos ou somente no usuário. O hospital humanizado é aquele que contempla, em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, a valoração e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja ela paciente, familiar ou o próprio profissional que nele trabalha, garantindo condições para um atendimento de qualidade. O profissional da saúde, ao refletir sobre as condições e relações de trabalho e o seu modo de agir, pode inserir-se na realidade, de uma maneira mais crítica e consciente. Problematizar e concretizar a humanização do ambiente, mais especificamente a partir do trabalhador, implica uma reflexão crítica e dialógica acerca dos princípios e valores que norteiam a prática dos profissionais, de modo a assumirem sua condição de sujeitos e agentes de transformação. O trabalho objetiva explicitar como se desencadeia um processo de humanização, numa instituição hospitalar junto aos funcionários do setor laboratorial, centrado, inicialmente, no trabalhador, mediante a problematização coletiva das condições de trabalho e a construção de relações dialógicas, horizontais e reflexivas, com a tomada de consciência e de modificação de si próprio, da equipe, tendo em vista sua humanização e a humanização do meio em torno de si. A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados–UFGD, no período de novembro e dezembro de 2012.

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

²Bacharel em Engenharia Agrônômica. Esp. em Metodologia do Ensino Superior. Docente em Metodologia Científica da UNINGÁ/MAXPÓS/Dourados-MS

Os resultados mostram que os profissionais concluíram que é possível contribuir com o processo de humanização, construindo, no coletivo, um ambiente favorável para o trabalho e que todos têm potencial para essa construção. É possível compreender que a humanização é uma nova visão de atendimento ao paciente/usuário/colaborador/gestor, possibilitando um trabalho de melhor qualidade.

Palavras-chave: Humanização, saúde, ambiente hospitalar.

ABSTRACT: The humanization of hospital ambient and health care can't be achieved if the focus is only on external motivational factors or just on the user. The humanized hospital is the one that contemplates in its physical, technological, human and administrative, the valuation and respect for human dignity, whether patient, family or the professional himself, ensuring conditions for a quality service. The health professional, when reflect on the conditions and labor relations and how to act, may enter into the reality of a more critical and conscious way. Problematize e concretize the humanization of the ambient, more specifically fro the worker, implies a critical reflection and dialogue about the principles and values that guide the practice of professionals in order to assume their status as subjects and agents of transformation. This work aims to explain how it triggers a process of humanization in a hospital with the employees of the laboratory seccion, focus nitially on the worker, through the collective problematization of working conditions and the construction of dialogical relations, horizontal and reflective, with the taking conscience and the modification of itself, the team, considering their humanization and the humanization of the ambient around them. The research was developed at the Academic Hospital of Federal University of Grande Dourados-UFGD, between November and December 2012. The results show that professionals have concluded that it could contribute to the process of humanization, building, collectively, a favorable ambient for work and that all have the potential for this building. Is possible to understand that humanization is a new vision of the treatment of the patient / user / developer / manager, allowing a better quality job.

Key-words: humanization, health, hospital environment.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde

entende por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e enfatiza a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Pressupõe mudanças no modelo de atenção e, portanto, no modelo de gestão. Assim, essa tarefa nos convoca a todos: gestores, trabalhadores e usuários.

Atualmente, há inúmeros movimentos pela humanização da assistência à saúde com intuito de resgatar valores afetivos e sociais. Desde a Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem avançado na construção de um país mais justo legitimando a Saúde como dever do Estado e direito de todos, sem distinção de raça, credo, sexo, cor e demais formas de discriminação. As diferenças individuais, econômicas, sociais, entre tantas outras, em tese, não representam mais impedimentos ao acesso a bens e serviços de saúde.

Apesar dos avanços legais, os desafios são muitos na garantia do direito à saúde e à vida indistintamente. Os inúmeros progressos científicos e tecnológicos ocorridos nos últimos tempos ainda não correspondem à melhora das condições de vida, pois não estão acessíveis a grande maioria dos brasileiros. As diversas necessidades de saúde das pessoas colocam-se como um dos grandes desafios neste processo de construção e efetivação do SUS.

A população relaciona-se com o serviço de saúde a partir de experiências, crenças, senso comum, opiniões, pesquisas, informações distorcidas ou não. Alguns que desconhecem seus direitos e aquilo que está preconizado na lei utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo, por vezes, uma relação de submissão, conformando-se, sob uma visão fatalista e determinista, de que nada se pode fazer com relação à falta de acesso de qualidade. É preciso, porém, que a população exerça o controle social.

A proposta de humanização da atenção à saúde configura-se como uma das estratégias para responder efetivamente as complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações.

Produzir conhecimentos acerca da humanização nas instituições de saúde pressupõe, nesse contexto, estabelecer um processo educativo dinâmico, criativo, participativo e sistemático, a fim de que os trabalhadores assumam efetivamente o seu papel de sujeitos da produção.

Tendo como pressuposto que a humanização da assistência emergirá com a realização pessoal e profissional dos que a fazem, desenvolver um processo de humanização, inicialmente com ênfase no

trabalhador, demanda, principalmente, por parte dos dirigentes, acolhimento, escuta e uma atitude de sensibilidade, para compreender a realidade que se apresenta na perspectiva do próprio trabalhador, seja ela favorável ou não. É preciso, assim, estimular o trabalhador a participar ativamente do processo de construção de uma proposta de humanização, ou seja, é preciso auxiliá-lo a tomar consciência da realidade, do seu estado existencial e de sua própria capacidade para transformá-la.

O trabalho objetiva explicitar como se desencadeia um processo de humanização, numa instituição hospitalar junto aos funcionários do setor laboratorial, centrado, inicialmente, no trabalhador, mediante a problematização coletiva das condições de trabalho e a construção de relações dialógicas, horizontais e reflexivas, com a tomada de consciência e de modificação de si próprio, da equipe, tendo em vista sua humanização e a humanização do meio em torno de si.

REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Backes (1999), a organização do trabalho “pode ser vista como uma forma de maximizar as potencialidades humanas, tornando produtivos os recursos humanos, em fazer as pessoas trabalharem juntas, levando para uma tarefa comum suas potencialidades e conhecimentos individuais”.

Desse modo, consideramos que a humanização do ambiente hospitalar e da assistência à saúde não se concretiza se estiver centrada unicamente em fatores motivacionais externos ou somente no usuário. O hospital humanizado é aquele que contempla, em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, a valoração e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja ela paciente, familiar ou o próprio profissional que nele trabalha, garantindo condições para um atendimento de qualidade.

Os profissionais da saúde, ao refletirem sobre as condições e relações de trabalho e o seu modo de agir, podem inserir-se de maneira crítica e consciente, na realidade. Problematizar a temática da humanização, mais especificamente num espaço relacional, implica uma reflexão dialógica e crítica sobre os princípios e valores que norteiam a prática dos profissionais, no sentido de torná-los sujeitos e agentes de transformação. Daí o entendimento deste processo como necessariamente interdisciplinar, pois suas práticas, decorrentes de uma problemática e de uma necessidade comum, são entendidas “como promovendo mudanças estruturais, gerando reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma

tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados”.

HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

O termo humanização vem da época hipocrática. A medicina proposta por Hipócrates era fundamentada na idéia de que o médico deveria ser conhecedor da alma humana e da cultura na qual o mesmo se inseria. A cura era um processo que envolvia vários aspectos: biológico, cultural e psicológico e o objetivo maior da medicina era o cuidado integral do paciente.

Quando falamos em humanização hospitalar, faz-se necessário falar nas esferas envolvidas em tal questão: o hospital, a equipe de profissionais e o próprio paciente. Para o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, essa questão envolve, fundamentalmente, o trabalho de um conjunto de profissionais, uma equipe multidisciplinar contemplando uma variedade de enfoques no atendimento ao cliente, o que seria impossível apenas com o recurso da visão focal do especialista (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

No que se refere à esfera que envolve o paciente em si, é de fundamental importância considerar que cada pessoa possui uma história, uma individualidade. Apesar dos avanços legais, os desafios são muitos na garantia do direito à saúde e à vida indistintamente. Os inúmeros progressos científicos e tecnológicos ocorridos nos últimos tempos ainda não correspondem à melhora das condições de vida, pois não estão acessíveis a grande maioria dos brasileiros. As diversas necessidades de saúde das pessoas colocam-se como um dos grandes desafios neste processo de construção e efetivação do SUS.

A saúde engendra diversas lutas e disputas. Como direito, a saúde atende as necessidades sociais possuindo valor de uso e, ao mesmo tempo, também se transforma num produto no mundo atual. Vivemos um momento histórico em que os imperativos neoliberais buscam a diminuição dos cidadãos a meros consumidores de bens e serviços. Na sociedade de mercado, os princípios do SUS são constantemente atravessados por essas forças que reduzem a saúde a mais uma mercadoria disponível.

Nos últimos anos a temática da humanização tem conquistado espaço dentro do debate acadêmico da Saúde Coletiva, recebendo destaque dos usuários, trabalhadores e gestores como um dos caminhos para as necessárias transformações do SUS. Como a humanização se

insere nessas discussões? O que pode a humanização frente a tantos desafios?

Comumente, a humanização é compreendida, divulgada e ainda reduzida a ‘um pouco de carinho’, uma atitude de amor ao próximo, ao sentimento de compaixão e bondade daqueles que se dispõem a estar com o outro e assisti-lo nos momentos mais difíceis.

A HUMANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS NO SUS ALGUMAS DELIMITAÇÕES DA TEMÁTICA

A temática da humanização na saúde tem conquistado espaço no debate acadêmico da Saúde Coletiva brasileira nos últimos anos e também tem recebido destaque dos usuários, trabalhadores e gestores como um caminho para as necessárias transformações para o fortalecimento do SUS. Sendo assim, fazemos alguns questionamentos: o que significa humanizar as práticas e um sistema de saúde? Como e por que essa preocupação ganha visibilidade? Quais os conceitos de humano e de humanização que perpassam a política pública? Em um mundo neoliberal, a saúde é um direito ou uma mercadoria?

O humano então não pode ser limitado ao fator biológico nem à propriedade da razão, pois no emaranhado de determinações que o constituem há sentimentos, valores, interesses, desejos e etc., muitos dos quais não são sociais e legalmente aceitos. Há raiva, inveja, dor, doença, morte, sofrimento, competição, uso e abuso de poder, arbitrariedades, subjetividades envolvidas, violência, intolerância, exploração, maldade e tantas outras coisas mais que compõem também os atributos humanos. Portanto, “somos humanos, demasiado humanos, nunca seremos somente bons” (ONOCKO CAMPOS, 2004), então, não será de uma humanidade idealizada que parte as discussões do tema aqui proposto.

AÇÕES OFICIAIS EM PROL DA HUMANIZAÇÃO

Um dos fatores imprescindíveis para a humanização das práticas em saúde é o respeito aos direitos individuais e coletivos. Citamos alguns avanços na legislação brasileira como a Constituição Cidadã, de 1988, que atribui ao Estado a capacidade de garantir o direito à vida enfatizando uma concepção ampliada de saúde e que não se limita mais à ausência de doenças num corpo biológico. Outro progresso foi a Lei Orgânica da Saúde, nº 8080 de 1990, que garante em seus princípios a preservação da autonomia na defesa da integridade física e moral, igualdade da assistência sem preconceitos, discriminação ou privilégios e também o direito à informação. Servem como marco ainda o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e também iniciativas como a Cartilha dos Direitos

dos Pacientes, que foi publicada pelo Estado de São Paulo, já em 1995, a partir de estudos como pacientes crônicos, como nos aponta Fortes (2004) que formam um marco referencial da temática.

O Ministério da Saúde, desde o final da década de 1990, realizou uma série de iniciativas⁶ para incluir efetivamente a temática da humanização em seus debates e ações programáticas, como relataremos a seguir.

Em virtude da desvalorização dos aspectos sociais e subjetivos na assistência hospitalar e das muitas dificuldades resultantes disso, este órgão convidou profissionais da Saúde Mental para promover ações que visavam humanizar dez hospitais-pilotos em diferentes regiões do país, o que resultou posteriormente na elaboração do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em 1999.

O Documento oficial do PNHAH (BRASIL, 2000) apresentou um diagnóstico que apontava a insatisfação dos usuários referente à assistência, sobretudo, no que diz respeito ao modo de se relacionar com o profissional de saúde, à incapacidade de compreensão de suas demandas, às necessidades e expectativas, e não à falta de equipamentos, médicos, medicamentos e etc. O Programa destacava também a humanização como oposição a qualquer forma de violência e a necessária superação da dicotomia entre tecnologia e “fator humano” (idem), priorizando, assim, uma melhora nas relações entre profissionais, usuários, instituição e comunidade.

O então Ministro da Saúde, José Serra, no texto de abertura do PNHAH, ressalta que (...) as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo numa área como a da saúde, não funcionam sozinhos – sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento (BRASIL, 2000).

O Documento do PNHAH enfatiza o “fator humano” como aspecto estratégico para o processo de mudança nas instituições hospitalares. Deslandes (2004), ao analisar o discurso oficial sobre a humanização, aponta a necessidade de maior reflexão sobre a suposta dicotomia tecnologia e fator humano. Além do PNHAH, citamos outras ações oficiais realizadas. Em 1999 foi criado o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS). Este é um instrumento de gestão que visa avaliar a assistência oferecida aos usuários do SUS levando em conta a efetividade, eficiência e eficácia dos serviços prestados, melhorando assim a qualidade e a resolubilidade dos mesmos. No mesmo período, a Ouvidoria Geral do SUS inicia o envio de

documento, conhecido por “Carta SUS”, para que os usuários avaliassem a qualidade dos serviços utilizados. Esse sistema de avaliação, apesar das muitas críticas e limitações, é “considerado a única fonte de dados históricos de satisfação dos usuários do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2005b).

A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO - HUMANIZASUS COMO DESVIO APOSTAS E PROPOSTAS

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão– HumanizaSUS foi criada no ano de 2003 a partir do reconhecimento das experiências inovadoras na Rede SUS. A Política realizou, em 2004, o 1º Seminário Nacional de Humanização, em Brasília, com o prêmio “David Capistrano: O SUS que dá certo”. Desde então, são através das experiências positivas, concretas e vividas nos equipamentos de saúde pelos trabalhadores, usuários e gestores por todo o país que a PNH (Política Nacional de Humanização) se respalda, aglutina forças e fomenta novas práticas em saúde.

A partir do “SUS que dá certo”, a humanização ascendeu à condição de política pública, deixando de ser opção de uma determinada gestão ou partido político. A Política foi criada sem portarias, com o intuito de ser transversal, de estar presente no interior destas e das demais políticas de saúde, e também enfatizando que os processos de humanização são determinados pelas características locais de cada realidade, não podendo ser generalizáveis.

A PNH é composta pelo Documento Base da Política Nacional de Humanização para Gestores e Trabalhadores do SUS (BRASIL, 2004; 2008) e pelas Cartilhas temáticas que representam um marco teórico orientador da Política, sistematizando as marcas, estratégias gerais e diretrizes. No Documento Base, a humanização é delineada como “(...) a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2004), propondo “(...) mudanças nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde” na busca por efetivar o SUS.

Os princípios norteadores da PNH, no primeiro momento, eram formados pela valorização dos aspectos sociais, subjetivos, culturais e coletivos nas práticas de atenção e gestão; a autonomia, o protagonismo e a corresponsabilidade dos sujeitos, tornando assim os processos de produção de saúde inseparáveis da produção de sujeitos e não de assujeitamentos; o estabelecimento de vínculos solidários visando a

contrapor com as relações marcadas pela frieza e impessoalidade que comumente são estabelecidas entre profissionais e usuários; a participação coletiva nos processos de atenção, de gestão, no controle social e no trabalho, promovendo relações mais horizontalizadas e democráticas (BRASIL, 2004).

Já na versão de 2008, o Documento Base sintetiza os valores apresentados acima em três princípios norteadores: transversalidade, indissociabilidade da atenção e da gestão e produção de sujeitos autônomos, protagonistas e corresponsáveis. Além do Documento Base, as cartilhas temáticas merecem destaque, visto que indicam os possíveis caminhos pelos quais a humanização pode ser concretizada no cotidiano dos serviços de saúde e buscam contribuir para a qualificação do trabalhador e do gestor, tornando-os multiplicadores das “tecnologias de humanização” (BRASIL, 2004).

As cartilhas foram lançadas de modo progressivo desde 2004. Num primeiro momento, estavam denominadas como: Gestão Participativa e Cogestão; Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde; Equipe de Referência e Apoio Matricial; Clínica Ampliada; Ambiência; Trabalho e Rede de Saúde – Valorização dos Trabalhadores da Saúde; Gestão e Formação no Processo de Trabalho; e Grupo de Trabalho de Humanização; e Visita Aberta e Direito ao Acompanhante.

Já na edição de 2009, as cartilhas ganharam uma nova configuração e foram alteradas para: Redes de Produção de Saúde; Trabalho e Redes de Saúde; Clínica Ampliada e Compartilhada; O HumanizaSUS na Atenção Básica; Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência; Gestão Participativa e co-gestão; e Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde.

Deste modo, através dos documentos oficiais da PNH, podemos visualizar as mudanças, as transformações e o amadurecimento da proposta desde seu lançamento, em 2003. A Política é considerada como uma “obra aberta” HECKERT et al., (2009); Passos e Pasche, (2008), que está construindo seu curso a partir da inclusão de diversas experiências de trabalho nos serviços e das inovações no campo da Saúde Coletiva, e fazendo jus ao método como modo de caminhar pelo processo de produção de saúde (BRASIL, 2008).

São três dimensões inseparáveis que compõem essa Política: ética—um novo posicionamento dos diversos sujeitos; estética – que prima pela criação e produção de modos de subjetivação, de saúde, de modos de levar a vida; e a política – um processo que é necessariamente social, coletivo, público, das relações entre os sujeitos e que é de todos nós.

Os princípios de transversalidade, indissociabilidade da atenção e da gestão e produção de sujeitos autônomos, protagonistas e corresponsáveis pelo processo de produção de saúde são úteis para a nossa tarefa de dialogar com a PNH. No Glossário HumanizaSUS a autonomia está delimitada em oposição à heteronomia, designa todo sistema ou organismo dotado da capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo. Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam, co-responsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem (BRASIL, 2004).

E o verbete protagonismo reafirma a “idéia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos” (BRASIL, 2004). Trata-se aqui de uma concepção ativa de sujeito, seja usuário, trabalhador ou gestor, que independe da posição ocupada numa determinada relação está, de modo concomitante, construindo a si mesmo e ao mundo. Os valores de autonomia e o protagonismo dão destaque não às normas exteriores às quais o sujeito deve se submeter, mas, pelo contrário, ao processo incessante e coletivo de construção dessas normas.

A produção de saúde aqui não se restringe a mera prescrição de medicamentos, restrições alimentares e atividade física, ainda que isso seja essencial num determinado momento, e sim enfatiza a negociação constante dos modos de produzir a vida entre sujeitos, que são corresponsáveis por esse processo. É através do vínculo e da corresponsabilização pelo cuidado que há o compartilhamento do saber e do poder, e o exercício na busca por alcançar graus maiores de autonomia.

A Política toma como desafio superar os obstáculos enfrentados no processo de construção do SUS ao problematizar a gestão dos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, a prática do trabalhador. Visa então a contrapor o discurso hegemônico na saúde, potencializando e criando espaços de trocas onde pessoas com valores, saberes, hábitos, desejos, interesses e necessidades diferentes encontrem, conjuntamente, saídas para os problemas do cotidiano.

Podemos localizar as dimensões micro e macropolítica e a transversalidade da PNH nos modos de produzir saúde (desde as rotinas no cotidiano de trabalho às mais altas esferas da gestão), na formação (fazendo interface com a Política de Educação Permanente e buscando o aumento da capacidade de análise e intervenção de todos nós), na produção de sujeitos em relação (autônomos e protagonistas de suas

histórias e não de assujeitamentos e individualismos), nos processos de trabalho (resgatando a dimensão das tecnologias-leves e o trabalho vivo, que são inter, multidisciplinar e coletivo), nas Redes (desde melhorar a comunicação entre os serviços de saúde e para além deles, até a potência humana de produzir redes de cuidado) e também na relação com as demais políticas públicas de saúde.

HUMANIZAÇÃO E TRABALHADOR

As organizações hospitalares são sistemas complexos, constituídos por diversos setores e profissões, tornando-se instituições formadas por trabalhadores expostos a situações emocionalmente intensas tais como vida, doença e morte, o que frequentemente desencadeia ansiedade, tensão física e mental.

O profissional da saúde, ao refletir sobre as condições e relações de trabalho e o seu modo de agir pode inserir-se na realidade, de uma maneira mais crítica e consciente. Problematizar e concretizar a humanização do ambiente, mais especificamente a partir do trabalhador, implica uma reflexão crítica e dialógica acerca dos princípios e valores que norteiam a prática dos profissionais, de modo a assumirem sua condição de sujeitos e agentes de transformação.

Logo, os profissionais de saúde, para estabelecerem um contato efetivo com os usuários, necessitam dispor de condições básicas tanto materiais como humanas para desenvolver as suas atividades, de forma digna e justa. Portanto, desencadear um processo participativo para a produção de conhecimentos, em um determinado foco, supõe um jogo tático por parte do educador/coordenador com os trabalhadores e não sobre eles e a substituição de uma maneira mais ingênua de conhecer a realidade por outra mais crítica de interligar os serviços. Produzir conhecimentos acerca da humanização nas instituições de saúde pressupõe, nesse contexto, estabelecer um processo educativo dinâmico, criativo, participativo e sistemático, a fim de que os trabalhadores assumam efetivamente o seu papel de sujeitos da produção.

Assim, o trabalho objetiva explicitar como se desencadeou um processo de humanização, numa instituição hospitalar, centrado, inicialmente, no trabalhador, e diante a problematização coletiva das condições de trabalho e a construção de relações dialógicas, horizontais e reflexivas, com a tomada de consciência e de modificação de si próprio, da equipe, tendo em vista sua humanização e a humanização do meio em torno de si.

METODOLOGIA

O estudo, de natureza descritiva e exploratória, foi realizado com utilização da abordagem qualitativa para o tratamento dos dados. O mesmo foi realizado durante os meses de novembro e dezembro de 2012 no Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário da Grande Dourados-UFGD da cidade de Dourados-MS, composta com quadro de pessoal formado por 17 bioquímicos, 02 biomédicos, 20 técnicos, 10 auxiliares, 07 técnicos administrativos.

Os dados coletados foram analisados à partir do agrupamento das idéias, elementos e manifestações ao redor de uma temática capaz de estabelecer uma classificação, obtendo-se duas categorias: humanização do processo de trabalho e lacunas da humanização do processo de trabalho.

O estudo seguiu os procedimentos éticos exigidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde; foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Da Grande Dourados - UFGD, os quais assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido. As entrevistas foram realizadas em encontros individuais no próprio local do estudo, utilizando-se um roteiro estruturado sendo feita pela autora da pesquisa.

Utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) como estratégia para a elaboração da pesquisa, a partir da aplicação de questionário do tipo estruturado, a qual busca produzir uma opinião coletiva, pela agregação, num discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular, dos conteúdos de depoimentos individuais que apresentam sentidos semelhantes ou complementares, constituindo um discurso síntese, tendo como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos.

A técnica consiste basicamente em analisar o material verbal coletado em pesquisas que tem depoimentos como sua matéria prima, extraíndo-se de cada um destes depoimentos as Idéias Centrais ou Ancoragens e as suas correspondentes expressões-chave; com as Idéias Centrais/Ancoragens e expressões-chave semelhantes compõe-se um ou vários discursos-síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo. Desta maneira, o DSC constitui numa técnica de pesquisa qualitativa criada para fazer uma coletividade falar, como se fosse um só indivíduo.

De acordo com Lefèvre, é possível entender como uma das possíveis contribuições práticas do DSC a de treinar a escuta, pelo especialista

portador do conhecimento instituído, do mundo empírico como um outro, com o qual ele deve interagir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, foi realizada uma abordagem do perfil dos 56 profissionais do estudo, retratando suas principais características sócio-demográficas. Em relação ao sexo, constata-se que dos 56 profissionais que participaram do estudo, 43 (76,78%) são do sexo feminino e 13 (23,22%) do masculino. Quanto à faixa etária, variou de 20 a 62 anos, havendo predominância de 54 profissionais (96,42%) na faixa etária de 22 a 45 anos, seguidos de 45 a 62 anos, com 02 pessoas (3,58%). Isto já era esperado, tendo em vista que, como se trata de um hospital universitário, comumente a admissão profissional se dá por concurso público. A grande maioria dos profissionais já concluíram o curso superior 54 (96,42%), 10 já realizaram pós graduação (17,85%), mestrado 08 (14,28%) e doutorado 02 (3,58%). Como se trata de um hospital Universitário, a principal forma de admissão do funcionário é por concurso público (estatutário), encontrando-se nesta categoria 41 (73,2%) profissionais. Há também contratos de terceirizados e contratos pela Fundação Municipal de Saúde 15 (26,8%) profissionais antigos são contratados pelo Código de Legislação Trabalhista (CLT).

A humanização do ambiente de trabalho é um subproduto da necessidade de incorporar o amor nas relações profissionais e interpessoais; é a administração dos ressentimentos. Entendida, ainda, como a capacidade de se colocar no lugar do outro, a equipe passa a cuidar o cliente com respeito e dignidade.

Quando perguntamos o que se entendia por humanização e qual seria o objetivo principal de atuação da equipe de humanização em relação aos profissionais todos os entrevistados foram unânimes:

“Humanizar é ter igualdade, valorização e respeito...”

“É tornar a equipe mais unida...”

“É ter interação entre os colegas...”

“Não há atuação da equipe de humanização no setor....”

O processo de humanização deve cuidar da montagem de espaços comunicativos que permitam a circulação de temas de interesse para os coletivos dos hospitais, favorecendo o laço social e a troca das experiências significativas de cada um no mundo vivido do trabalho.

Os profissionais sugeriram realização de treinamentos para melhorar a qualidade do serviço e interação entre eles, tornando um ambiente mais agradável. Expostas a seguir:

“Primeiramente deve-se esclarecer o que é humanização, por meio de palestras, informativos, etc.”

“Fazer pelo menos uma vez por mês reuniões, não só com os chefes, mas com os funcionários de todas as áreas que levantam este hospital, indiretamente. Para expor suas dificuldades de trabalho, dar sugestões para melhor funcionamento, e debater objetivos em comum para uma convivência saudável.”

“Treinar os profissionais com o objetivo de humanizar e proporcionar a interação de todos por meio de eventos dentro do próprio ambiente hospitalar, ou até mesmo fora ...”

Os profissionais concluíram que é possível contribuir com o processo de humanização, construindo, no coletivo, um ambiente favorável para o trabalho e que todos têm potencial para essa construção. Portanto, a humanização não deve ser de um grupo, mas de todos os envolvidos no trabalho e, para isso, urge despertar e sensibilizar o lado humano dos trabalhadores. A Educação Continuada é um processo permanente de treinamento, aperfeiçoamento e atualização profissional, visando atender necessidades do serviço e promover elevado padrão de assistência, sob o ponto de vista humano, técnico-científico e ético.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível compreender que a humanização é uma nova visão de atendimento ao paciente/usuário/colaborador/gestor, possibilitando um trabalho de melhor qualidade.

O estudo facilitou a compreensão da insatisfação profissional no serviço, possibilitando a atuação sobre os pontos negativos apresentados e a intensificação dos pontos positivos. O conhecimento dessa realidade pode contribuir com inovações a fim de assegurar condições ao profissional, de ocupar seu espaço imprescindível na assistência humanizada no ambiente hospitalar.

Os hospitais devem formar comissões de humanização e grupos de trabalho para humanização hospitalar, com focos nos funcionários, usuários e acompanhantes, melhorando a satisfação dos profissionais e possibilitando um atendimento de qualidade aos usuários. Entretanto, este programa depende, também, da vontade política dos dirigentes em participar de ações efetivas e permanentes de transformação da realidade hospitalar, reconhecendo-se seu caráter processual.

A análise da humanização, permite perceber facilmente os pontos de contato entre a necessidade imperiosa de ser respeitada ininterruptamente a dignidade de todas as pessoas, incluindo-se os trabalhadores, dos quais sempre é exigido alto grau de produtividade sem que, em contrapartida, se dispense a eles um tratamento adequado. É preciso lembrar que uma das maiores exigências sociais na atualidade, no campo dos negócios públicos e privados, é a vivência irrestrita de valores não hedonistas, voltados para o bem estar da coletividade e que têm o ser humano como a maior e incalculável riqueza de uma sociedade. As implicações daí decorrentes devem ser profundas na escala de valores individuais, organizacionais e sociais, de sorte que a cidadania no âmbito das organizações não seja vilipendiada, mas preservada, estimulada e promovida.

REFERÊNCIAS

_____. **11ª Conferência Nacional de Saúde**: Relatório Final/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2001.

_____. Cartilha da PNH: **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, 2004b.

_____. Cartilha da PNH: **Ambiência**. Brasília, 2008b.

_____. Cartilha da PNH: **Trabalho e Rede de Saúde valorização dos trabalhadores**. Brasília, 2006b.

_____. **Formação de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da gestão e da atenção à saúde**. Vol. 2 – Brasília: FIOCRUZ, 2006.

_____. **Manual técnico do Sistema de Informação Hospitalar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0066_M.pdf. Acesso em 10/06/2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HUMANIZASUS**. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004 e 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Relatório de Gestão**. Brasília, 2005b. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_gestao_secre-taria_executiva.pdf. Acesso em 15/06/2011.

_____. **Monitoramento e avaliação na Política Nacional de Humanização na rede de atenção e gestão do SUS**: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília, 2009.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

AMESTOY, S.C.; SCHWARTZ, E.; THOFERN, M.B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm** São Paulo, v. 19, n. 4, dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 jun. 2011. doi: 10.1590/S0103-21002006000400013.

ANDRADE, L.M.; MARTINS, E.C.; CAETANO, J.A.; SOARES, E.B.E.P. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante/ Humanized care at hospital emergency services according to companions, **Rev Eletrônica Enferm**; v. 11, n. 1, p. 151-157, 2009. – Available from <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-553934>> Acesso em 10/06/2011.

BACKES, D.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L. **The humanization process of the hospital environment centered Around the worker - El proceso de humanización del ambiente hospitalario centrado en el trabajador.** Available from <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/242.pdf>> Acessado em 15/06/2011.

BACKES, D.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L. Humanização hospitalar percepção dos pacientes. **Acta Sci. Health Sci.** Maringá, v. 27, n. 2, p. 103-107, 2005. Available from <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Acta-SciHealthSci/arti-cle/view/1374/784>> Acessado em 10/06/2011.

BARROS, S.D.O.L.; QUEIROZ, J.C.; MELO, R.M. Cuidando e humanizando: entraves que dificultam esta prática/ Cuidando y humanizando: obstáculos que dificultan esta práctica/ Caring and humanizing: barriers that difficult this practice, **Rev Enferm UERJ** v. 18, n. 4, p. 598-603, out.-dez. 2010. – Available from <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-583580>> Acesso em 10/06/2011.

BERGAN, C.; BURSZTYN, I.; SANTOS, M.C.O.; TURA, L.F.R. Humanização: representações sociais do hospital pediátrico. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre. v. 30, n.4, p. 656-61, dez, 2009. – Available from <<http://seer.ufrgs.br/index.php/Revista-GauchadeEnferma-gem/article/view/13146/7540>> Acesso em 10/06/2011.

BONFIM, R.A. Humanização no cuidado de tratamento intensivo: [revisão]/ Humanization on intensive care treatment: [review]. **Rev. Adm. saúde** v. 11, n. 44, p. 133-142, jul.-set. 2009. Available from <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-575002>> Acesso em 10/06/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília, 2000.

DESLANDES, S.F. (Org.) Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (1), 2004, p. 7 - 14.

FORTES, P.A.C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, dez. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300004&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 24 jun. 2011. doi: 10.1590/S0104-12902004000300004.

FREIRE, M.C.B.F.; PETRILLI, A.S.; SONOGNO, M. C. Humanização em oncologia pediátrica: novas perspectivas na assistência ao tratamento do câncer infantil/ Humanization in pediatric oncology: new perspectives for supporting the treatment of childhood cancer. **Pediatr Mod** v. 43, n. 5, p. 225-236, set-out. 2007. Graf – Available from < <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-469181>> Acesso em 10/06/2011.

GOMES, A.M.A. et al. Etno-avaliação da humanização hospitalar pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus mediadores. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, Dec. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342008000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24/06/2011. doi: 10.1590/S0080-62342008000400004.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **Depoimentos e Discursos**. Brasília: Liberlivro, 2005.

LIMA, F.E.T. et al. Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59, n. 3, June 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672006000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24/06/2011.

MARTINS, C.P. Possibilidades, limites e desafios da humanização do SUS–Assis-SP, 2010. 104 p.

MORAES, S.D.T.A. et al. Acolhendo o acolhedor: o caminho mais curto para a humanização da assistência/ Colecting the collector: the shortest way to humanization of assistance. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum** v. 19, n. 3, p. 393-402, dez. 2009. – Available from < <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-536901>> Acesso em 10/06/2011.

POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO DE MATO GROSSO DO SUL. Disponível em: http://www3.servicos.ms.gov.br/saude_externo/sitesaude/Politicass%20de%20humanizacao.pdf. Acesso em 05/06/ 2011.

Enviado em: junho de 2012.

Revisado e Aceito: janeiro de 2013.

Relatos de Caso

**FECHAMENTO DA MORDIDA ABERTA ANTERIOR COM
USO DE MINI-IMPLANTES: RELATO DE UM CASO
CLÍNICO**
**ANTERIOR OPEN BITE CLOSURE WITH THE USE OF
MINI-IMPLANTS: REPORT OF A CLINICAL CASE**

FABRÍCIO PINELLI VALARELLI¹
CLAUDIA AMANDA MARTELI²
HEDIBERTON ALVES DE AGUIAR²
JULIANA VOLPATO CURI PACCINI³
RODRIGO HERMONT CANÇADO¹
KARINA MARIA SALVATORE DE FREITAS¹

RESUMO: Na ortodontia contemporânea é cada vez mais comum o ortodontista realizar tratamentos compensatórios, nos quais há necessidade de usar uma mecânica eficiente para a correção da má-oclusão do paciente. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de simples solução, pois a paciente era jovem e não havia comprometimento esquelético. Porém seu hábito inicialmente de sucção digital que depois foi trocado pelo hábito de onicofagia estendeu o tempo de tratamento, correndo o risco do caso se tornar esquelético pela maturação óssea.

Palavras-chave: mordida aberta anterior, onicofagia, movimentação dentária.

ABSTRACT: In contemporary orthodontics is increasingly common orthodontists perform compensatory treatments, where there is need to use a mechanical efficiency for the correction of malocclusion patient. The objective of this study is to report a case of simple solution, because the patient was young and had not compromised skeletal. But his habit of sucking initially that later was replaced by the habit of onychophagy, extended treatment time, running the risk of becoming the case for skeletal maturation.

Key-words: anterior open bite, onychophagy, tooth movement.

¹Professores do Curso de Mestrado em Ortodontia da Faculdade Ingá, Maringá-PR. Rua Manoel Pereira Rolla, 12-75 apto 503, Cep 17012-190, Bauru-SP, e-mail: fabriciovalarelli@uol.com.br

²Especialista em Ortodontia pela FacSete, SOEP, Porto Velho-RO

³Mestre em Ortodontia pela UNICID, São Paulo-SP

INTRODUÇÃO

O tratamento da mordida aberta anterior na dentadura permanente é um dos grandes desafios da ortodontia, pois, além da mecânica ortodôntica ser de difícil realização ela não se simplifica em corrigir somente o problema funcional, mais sim, em restabelecer o bom funcionamento do sistema estomatognático, como também, devolver satisfatoriamente a estética facial do paciente de forma que os resultados finais sejam estáveis (JANSON et al., 2003; KIM et al., 2000; LOPEZ-GAVITO et al., 1985).

Alguns protocolos de tratamento têm sido relatados na literatura em relação à correção da mordida aberta anterior e sua estabilidade. Dentre eles se destacam as extrações dentárias e a utilização de ancoragem absoluta para intrusão de dentes posteriores. Além disso, algumas estratégias podem ser utilizadas durante a mecânica ortodôntica como: a colagem diferenciada dos acessórios nos dentes anteriores, uso da grade palatina fixa ou esporões colados na palatina, tanto dos incisivos superiores, quanto os incisivos inferiores e a utilização dos elásticos intermaxilares na região anterior (DE FREITAS et al., 2004; FERES, 1986; LOPEZ, 2007; MARTINA, 1990).

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de simples solução, porem foi necessário associar uma quantidade maior de aparatologia ortodôntica fixa, como estratégia para favorecer e proporcionar uma maior estabilidade dentária ao tratamento de uma má oclusão de mordida aberta em uma paciente jovem com o hábito de onicofagia.

RELATO DE CASO CLÍNICO

A paciente T.M.T, 11 anos e 10 meses, compareceu à clínica de pós-graduação para tratamento ortodôntico, apresentando como queixa principal a falta de contato entre os dentes anteriores. Na anamnese os seus responsáveis relataram que a paciente chupou dedo até os 7 anos de idade.

EXAMES CLÍNICOS INICIAIS

No exame clínico extrabucal foi observado que a paciente apresentava padrão da face suavemente vertical, lábios com selamento forçado e perfil convexo.



Figura 1-Fotos iniciais extrabucal

Ao exame clínico intrabucal foi diagnosticado uma má oclusão de Classe I com mordida aberta anterior de 4mm, linhas médias dentárias coincidentes entre si e com o plano sagital mediano. Os tecidos moles intrabucais apresentavam-se com aspecto de normalidade.



Figura 2 (A,B e C)-Fotos iniciais intrabucal



Figura 3-Fotos oclusais iniciais

Na radiografia panorâmica foi possível observar estruturas ósseas e adjacentes dentro do padrão de normalidade com os segundos molares superiores em fase inicial de erupção e os segundo molares inferiores já irrompido na cavidade bucal e em processo de término de rizogênese.

Observou-se também, que o primeiro molar inferior direito apresentava uma restauração extensa e profunda de material restaurador não metálico sem o comprometimento da integridade pulpar.



Figura 4 - Panorâmica inicial

PLANO E SEQUÊNCIA DE TRATAMENTO

Mediante as características encontradas nos exames iniciais da paciente T.M.T., o tratamento foi iniciado com as extrações dos quatro primeiros pré-molares. Foram utilizados acessórios ortodônticos da prescrição Roth, canaleta 0,022” posicionados diferenciadamente mais para a cervical dos dentes anteriores. Após a colagem dos bráquetes ortodônticos foi instalada uma grade palatina fixa com o propósito de aumentar a eficiência da mecânica ortodôntica de fechamento da mordida aberta na região anterior.

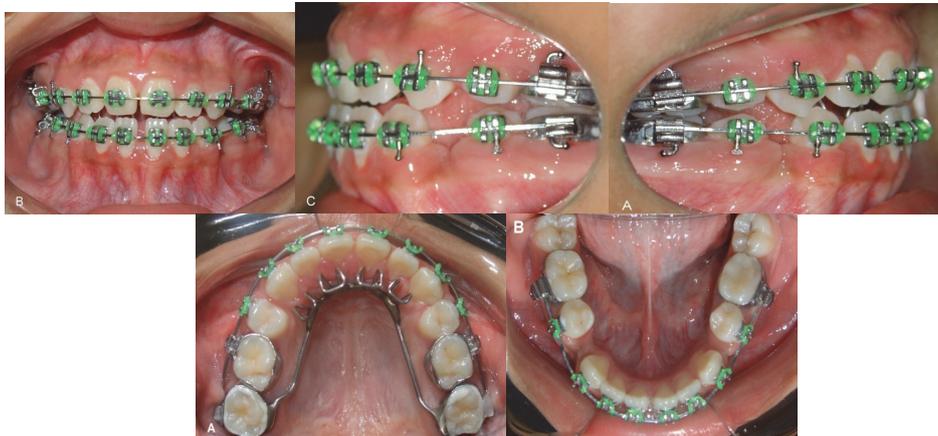


Figura 5-Fotos mostram fase de alinhamento e nivelamento após as extrações, e a instalação da grade palatina fixa

As fases de alinhamento e nivelamento evoluíram mediante os fios: .014", .016", .018" e .019 x .025" de NiTi. A retração dos dentes anteriores e o consequente fechamento dos espaços das extrações ocorreram pela inserção de elástico em cadeia de molar a molar no fio 0,019" x 0,025" de aço associados ao elástico de Classe II (3/16" de força média) utilizados por 20h/dia. Após o fechamento dos espaços, o trespasse vertical na região anterior ainda era negativo.



Figura 6-Uso do elástico corrente finalizando a retração da bateria anterior

Mediante essa situação decidiu-se pela instalação de mini-implantes ortodônticos para ancoragem e intrusão dos molares superiores. Nessa fase, realizou-se a colagem dos esporões nas faces palatinas e linguais dos incisivos superiores e inferiores, respectivamente. Após a intrusão dos molares foram utilizados fios .017 X .025" de TMA com alças de extrusão na região anterossuperior e inferior associados a elásticos de intercuspidação (3,16" de força média).

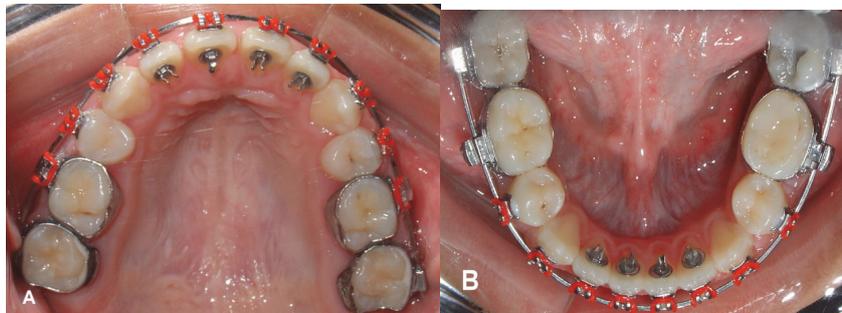


Figura 7(A e B)-Fechamento total dos espaços e a instalação dos esporões inferior e superior.

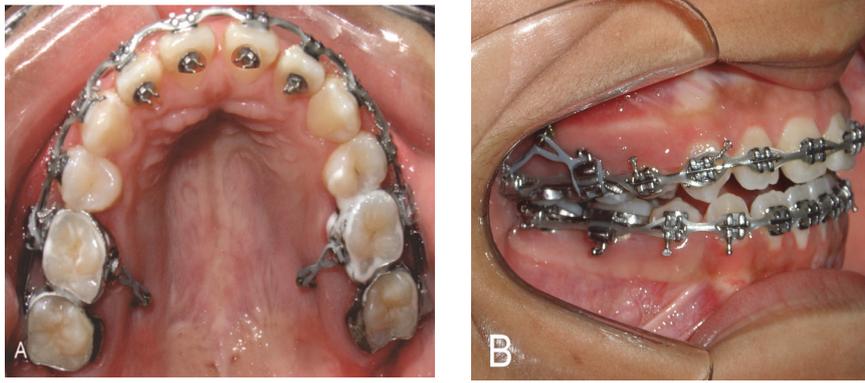


Figura 8(A e B) Figura A mostra a instalação de mini-implantes no palato e figura B por vestibular

Após a intrusão dos molares foram utilizados fios .017 X .025” de TMA com alças de extrusão na região anterossuperior e inferior associados a elásticos de intercuspidação (3,16” de força média).



Figura 9-Ganchos Kobayashi nos incisivos centrais superior, inferior e caninos superior para colocação dos elásticos, finalizando o fechamento da mordida aberta anterior e iniciando a intercuspidação

Mesmo utilizando de todas as mecânicas favoráveis para o fechamento da mordida aberta, o problema ainda perdurava. O hábito onicofágico adquirido pela paciente durante o tratamento estava prejudicando a eficiência das mecânicas empregadas, nos meses em que a paciente parava de roer as unhas a mordida fechava, porém quando ele readquiria o hábito o trespassse vertical anterior voltava a ficar negativo. Para auxiliar o tratamento a paciente foi orientada e encaminhada para avaliação psicológica com o intuito de tratar o hábito deletério.



Figura 10- Mãos evidenciam os hábitos de onicofagia e sucção digital

Após sessenta dias de efetiva colaboração da paciente sem roer unhas o objetivo da mecânica foi atingindo e a mordida aberta foi fechada. Ao remover o aparelho foi instalada na paciente uma placa de Hawley na arcada superior e fixado uma contenção 3x3 na arcada inferior.



Figura 11-Fotos extrabuciais finais



Figura 12-Fotos Intrabuciais finais mostrando o trespasse vertical positivo.

DISCUSSÃO

As formas de tratamento da mordida aberta anterior são corriqueiramente objeto de estudo na ortodontia, sendo comumente encontrados na literatura inúmeros protocolos de tratamento para solucionar o problema desta má oclusão. Dentre os vários fatores a serem observados para a escolha da conduta clínica, a colaboração do paciente é sem dúvida um fator indispensável para a obtenção do sucesso do tratamento, sendo assim a abordagem terapêutica deve ser interdisciplinar que englobe não só o controle mecânico do processo, mas também, o controle psicológico, fonoaudiólogo, entre outros, a fim de proporcionar um atendimento multidisciplinar ao paciente.

As mecânicas envolvendo extrações de quatro primeiros pré-molares são importantes aliada na correção da mordida aberta anterior, De Freitas et al., (2004) amplamente indicadas para pacientes com perfil facial convexo, onde a retração dos dentes anteriores favorece o fechamento da mordida aberta através do princípio de ponte levadiça (drawbridge). Onde ocorre uma retração dos dentes anteriores que favorece o fechamento da mordida anterior, juntamente com a lingualização dos incisivos superiores e inferiores (JANSON et al., 2006; KATSAROS; BERG, 1993).

Objetivando auxiliar e aumentar à eficiência da mecânica de fechamento da mordida aberta, a literatura recomenda a utilização da grade palatina fixa, sendo este, um aparelho passivo que não exerce força sobre as estruturas dentárias, funcionando como um obstáculo mecânico, sendo sua utilização essencial para impedir a interposição lingual e

proporcionar um desenvolvimento dos processos alveolares (MUCHA, 1997; ALMEIDA, 1998; SILVA FILHO, 2001).

A intrusão de molares superiores com o uso de mini-implantes como mecânica auxiliar do fechamento de mordida anterior, recentemente vem sendo utilizado para diminuir a colaboração do paciente em relação ao tratamento e para obter um previsível resultado oclusal. Esta terapêutica teve grande valia no tratamento do caso clínico acima citado, devido à condição de não colaboração da paciente no uso dos elásticos e da permanência do hábito onicofágico. No ato de instalação dos mini-implantes houve a remoção da grade palatina fixa e a colagem dos esporões linguais para diminuir a interposição lingual durante o tratamento.

O resultado do tratamento interdisciplinar realizado na paciente acima citado demonstra como a colaboração do paciente é uma peça indispensável para obtenção de uma boa finalização ortodôntica, principalmente nos casos onde hábitos deletérios estão presentes. A literatura tem evidenciado que a onicofagia é o hábito mais prevalente na infância e entre jovens adultos (aproximadamente 27,8% dos hábitos pesquisados em uma população de 1118 indivíduos com faixa etária entre 11 e 20 anos). O profissional frente a esta situação deverá avaliar cuidadosamente as condutas a serem realizadas, pois uma variedade de aparatologia ortodôntica como citada anteriormente poderá ser utilizada como estratégia de tratamento.

Para se obter os dados cefalométricos e avaliação dos efeitos do tratamento, foi utilizado o programa Dolphin, nas telas inicial e final, a fim de se quantificar as medidas das alterações ocorridas no decorrer do tratamento.

**QUADRO COMPARATIVO DAS ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS
INICIAIS E FINAIS**

Componente Maxilar		
	Inicial	Final
SNA (°)	82.9	81.7
Co-A (mm)	73.7	76.7
Componente Mandibular		
SNB (°)	76.1	78.5
Co-Gn (mm)	93.2	101.5
Relação entre Maxila e Mandíbula		
ANB (°)	6.8	3.3
Wits (mm)	2.8	0.9
Componente Vertical		
FMA (°)	28.9	24.0
SN.GoGn (°)	33.7	31.7
SN.Ocl (°)	18.2	14.6
AFAI (mm)	58.2	61.4
Componente Dentoalveolar Superior		
IS.PP (°)	26.2	19.5
IS-NA (mm)	3.8	2.9
IS-PP (mm)	22.9	25.7
MS-PT Vertical (mm)	14.8	24.7
MS-PP (mm)	17.0	20.9
MS.SN (°)	71.8	81.1
Componente Dentoalveolar Inferior		
IMPA(L1-MP) (°)	35.0	21.5
II-NB (mm)	8.1	5.0
II-GoMe (mm)	28.5	35.0
MI-Sínfise (mm)	12.7	11.3
MI-GoMe (mm)	22.4	24.0
MI.-GoMe (°)	71.6	74.1
Relações Dentárias		
Sobressaliência (mm)	3.5	2.2
Sobremordida (mm)	-3.7	1.5
Perfil Tegumentar		
LI-Linha E (mm)	2.1	0.9
LS-Linha E (mm)	1.7	-1.9
ANL (°)	-0.0	-3.0
Ângulo Nasolabial (°)	110.5	115.9

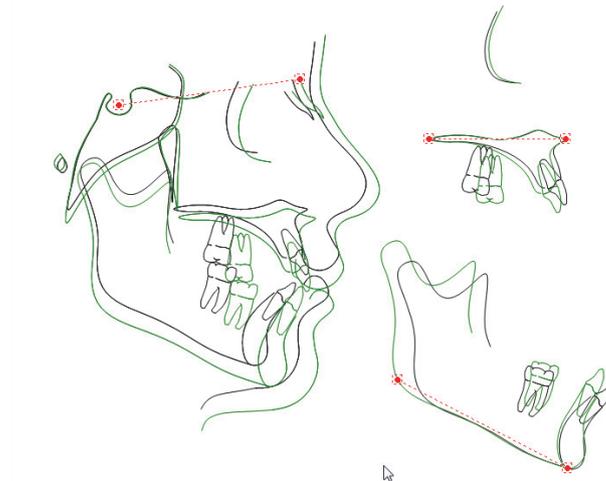


Figura 13- Sobreposição dos traçados inicial (preto) e final (verde)

Avaliando a cefalometria das radiografias iniciais e finais observa-se que houve poucas alterações nos componentes maxilar e mandibular, visto que, o tratamento escolhido para resolver o problema da paciente não é capaz de causar alterações nestas estruturas, muitas dessas alterações cefalométricas se dá pelo crescimento da paciente durante o tratamento.

Observa-se que os incisivos superiores extruíram significativamente, lingualizaram e retruíram, muito provavelmente devido à mecânica empregada. Utilizando o princípio de “drawbridge” (ponte levadiça), onde a retração dos dentes anteriores induz ao fechamento da mordida aberta, havendo lingualização dos incisivos superiores e inferiores, com uma menor extrusão, se comparada ao fechamento da mordida aberta anterior sem extração (JANSON et al., 2006; KATSAROS; BERG, 1993).

Houve certa restrição do desenvolvimento dos molares, por causa da ação de intrusão dos mesmos, o que favoreceu girar o plano oclusal superior no sentido horário e inferior no sentido anti-horário, provocando o fechamento da mordida aberta anterior e a melhora do selamento labial, deixando o perfil mais suave, ou seja, menos convexo.

CONCLUSÃO

O prognóstico final do tratamento é ruim, pois o resultado final é instável em virtude do hábito ainda não ter sido removido. A paciente

recebeu orientações durante e após o tratamento para receber acompanhamento psicológico objetivando assim a perda do hábito de onicofagia.

REFERÊNCIAS

MUCHA, J.N. et al. **Grampos e placas ortodônticas**: introdução à técnica básica de laboratório. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

ALMEIDA, R.R. Mordida aberta anterior: considerações e apresentação de um caso clínico. **Dental Press Ortod Ortop Facial**, v.3, n.2, p.17-30, 1998.

DE FREITAS et al. Long-term stability of anterior open bite extraction treatment in the permanent dentition. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.125, n.1, p.78-87, 2004.

DE FREITAS, M.R. et al. Long-term stability of anterior open bite extraction treatment in the permanent dentition. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.125, n.1, p.78-87, 2004.

FERES, M.A.L.O. v. 19, n. 1/2, p. 34-43, 1986. Tratamento ortodôntico com extração dos primeiros molares. **Ortodontia**, v.19, n.1/2, p.34-43, 1986.

JANSON, G. et al. Stability of anterior open-bite extraction and nonextraction treatment in the permanent dentition. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.129, n.6, p.768-74, 2006.

JANSON, G. et al. Stability of anterior open bite nonextraction treatment in the permanent dentition. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.124, n.3, p.265-76; quiz 340, 2003.

KATSAROS, C.; BERG, R. Anterior open bite malocclusion: a follow-up study of orthodontic treatment effects. **Eur J Orthod**, v.15, n.4, p.273-80, 1993.

KIM, Y.H. et al. Stability of anterior open bite correction with multiloop edgewise archwire therapy: A cephalometric follow-up study. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.118, n.1, p.43-54, 2000.

LOPEZ-GAVITO, G. et al. Anterior open-bite malocclusion: a longitudinal 10-year postretention evaluation of orthodontically treated patients. **Am J Orthod**, v.87, n.3, p.175-86, 1985.

LOPEZ, A.C.P.D.S., J.E.P.; ANDRADE JR, P. Tratamento da mordida aberta anterior em adultos por meio de extração dos primeiros molares permanentes: caso clínico. **Rev Clin Orton Dental Press**, v.6, n.2, 2007.

MARTINA, R.L.A.; MICHELOTTI, A. Class I malocclusion with severe open bite skeletal pattern treatment. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.97, n.5, p.363-73, 1990.

SILVA FILHO, O.G. **Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v.6, n.6, p.67-75, 2001.

Enviado em: setembro de 2013

Revisado e Aceito: novembro de 2013

Revisões de Literatura

**PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA QUERATOSE
ACTÍNICA: FOCO EM IDOSOS
PREVENTION AND TREATMENT OF ACTINIC
KERATOSIS: FOCUSED ON THE ELDERLY**

NATÁLIA MISSONO¹
VALENTINA SOFFNER JORGE BONILHA²
NEUSA APARECIDA DE SOUSA BASSO³

RESUMO: O presente estudo tem por objetivos destacar a importância do uso do protetor solar, a prevenção e as diversas opções do tratamento da queratose actínica. Trata-se de uma revisão de literatura, em que foram consultados em artigos completos disponíveis online, dissertações e livros, utilizando-se as palavras chave: queratose, queratose actínica, idosos e câncer de pele. A queratose actínica é uma lesão de pele ocasionada pela exposição cumulativa do componente ultravioleta da radiação solar. Acomete regiões do corpo humano, que mais intensamente são expostas ao sol, tais como: mãos, antebraços, face, decote, orelhas, pescoço e couro cabeludo em indivíduos calvos, principalmente em pessoas de pele clara. A queratose actínica foi considerada, por algum tempo, uma condição pré-cancerosa referenciada a epiderme, hoje, porém é um estágio importante no desenvolvimento do câncer de pele, visto que dados clínicos, histológicos e até mesmos moleculares, são indicativos de transformação em carcinoma de células escamosas cutânea. Na literatura há várias recomendações para o tratamento da queratose actínica, todos com sua devida importância e resultado cosmético. Entretanto, o melhor tratamento é a prevenção desde a infância, com o uso diário de protetor para que não haja o efeito acumulativo da radiação solar.

Palavras-chave: Queratose, queratose actínica, idosos, câncer de pele.

¹Enfermeira. Graduada pelas Faculdades Integradas de Jaú, SP

²Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Oncologia, Mestre em Biotecnologia Médica pela Universidade Estadual Paulista – Unesp, Botucatu, SP.

³Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Oncologia, Doutora em Obstetrícia pela Universidade Estadual Paulista – Unesp, Botucatu, SP, Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Jaú, SP. Rua Dona Virginia Ferraz de Almeida Prado, 161, Jardim São Francisco, CEP: 17209-290, Jaú, São Paulo, Brasil. neusousabasso@bol.com.br

ABSTRACT: The present study aims to highlight the importance of using sunscreen, prevention and the various treatment options of actinic keratosis. This is a literature review, in which they were consulted in full articles available online, dissertations and books, using the keywords: keratosis, actinic keratosis, and skin cancer elderly. Actinic keratosis is a skin lesion caused by cumulative exposure to ultraviolet component of solar radiation. Affects regions of the human body, which are more heavily exposed to the sun, such as hands, forearms, face, neck, ears, neck and scalp in bald guys, especially in fair-skinned people. Actinic keratosis was considered for some time, a referenced epidermis precancerous condition today, but it is an important stage in the development of skin cancer, as clinical, histological and even same molecular data are indicative of transformation into carcinoma cutaneous squamous cell. In literature there are several recommendations for the treatment of actinic keratosis, with all its due importance and cosmetic result. However, the best treatment is prevention from childhood, with daily use of shield so there is no cumulative effect of solar radiation.

Key-words: keratosis, actinic keratosis, elderly, skin cancer.

INTRODUÇÃO

A queratose actínica foi descrita pela primeira vez em 1896 por Dubreuilh, que na época a designou de queratose senil, citando que a mesma apresentava uma tendência natural para degenerar em carcinoma espinocelular. Com base neste pressuposto, introduziu o conceito de pré-cancerígeno, assumindo que a queratose senil seria o seu estereótipo. Em 1926, Freudenthal destacou-se ao descrever as características histopatológicas da mesma, defendendo que esta lesão constituía a transição para carcinoma espinocelular. Em 1938 Sutton assegurou que estas lesões na realidade não eram pré-cancerígenas, mas carcinomas espinocelulares superficiais, ou seja, lesões já com características malignas. Foi Pinkus, que em 1958, renomeou a lesão, atribuindo-lhe o nome de queratose actínica, numa tentativa de melhor descrever esta lesão causada pela radiação UV do sol (PIRES, 2011).

Murphy, Martin e Mihm (2000), anunciaram um conceito de queratose actínica que, embora pouco distinto daquele proposto inicialmente por Dubreuilh em 1896, acrescentou o termo displasia, sem o esclarecer convenientemente, à caracterização desta lesão. Atualmente, muitos autores continuam a descrever a queratose actínica como sendo uma lesão epitelial, pré-maligna, com potencial para se transformar em

carcinoma espinocelular Criscione et al. (2009); Cohen, (2010); Ko (2010), no entanto, uma minoria acredita que não existem diferenças biológicas ou patológicas entre a lesão de queratose actínica, o carcinoma espinocelular *in situ* e o CE invasor (ROEWERT-HUBER; STOCKFLETH; KERL, 2007). Dentre os vários problemas associados a incidência de queratose actínica, está o fato de ser uma lesão pré-maligna, e que pode transformar-se em um câncer, o carcinoma espinocelular, com riscos de metástase linfática e hematogênica (TIERNEY et al., 2008).

Diante de tantas preocupações, deu-se início a diversos estudos, e um deles foi sobre o efeito cumulativo do componente ultravioleta da radiação solar, sendo a exposição cumulativa a responsável pelo desenvolvimento do câncer de pele e de suas lesões precursoras, as queratoses actínicas (SCHUWARTZ; HOWARD, 1999).

Frente aos fatos propôs-se a realização desse estudo para conhecer melhor o que é a queratose actínica, sua incidência em idosos, como prevenir e os diversos tipos de tratamento.

Este estudo teve por objetivos destacar a importância do uso do protetor solar, a prevenção e as diversas opções do tratamento da queratose actínica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo realizado com base em uma revisão de literatura, em que foram consultados em artigos completos disponíveis online nas bases da Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine, EUA (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando-se as palavras chave: queratose, queratose actínica, idosos e câncer de pele. Outras publicações direcionadas também foram utilizadas, como Ministério da Saúde, dissertações, teses e livros.

REVISÃO DE LITERATURA

O envelhecimento da população mundial é considerado atualmente um fenômeno de nível universal, ocorrendo tanto em países desenvolvidos, quanto naqueles em desenvolvimento (BRASIL, 2006).

Países como China, Japão, assim como diversos países da Europa e América do Norte, convivem a há tempos, com uma população grande de idosos, portanto, com todos os problemas e dificuldades associados aos mesmos (GARRIDO; MENEZES, 2002).

No Brasil, considerando algumas regiões do país, o processo de envelhecimento ocorre de forma intensa. O grupo de pessoas com 60 anos ou mais tem registrado grande evolução. Em 1960 esse grupo era de mais ou menos 5% previsto a um aumento de 14% população em 2025 (CARVALHO, 2006).

O envelhecer é uma aspiração natural da sociedade, contudo para estes indivíduos uma atenção voltada à qualidade de vida deveria ser primordial, mesmo para aqueles que ainda não envelheceram, mas estão dando início a este processo (BRASIL, 2006).

O processo de envelhecimento é representado por alguns marcadores típicos, sendo eles: o aparecimento de cabelos brancos, perda de peso, redução da massa corpórea magra, pele enrugada, dentre outros. Todas essas alterações podem ocorrer de forma rápida ou lenta, porém estão presentes em todos os idosos (EURICO, 2005).

O envelhecimento e as modificações da pele

Mesmo que o envelhecimento cutâneo seja apenas uma parte de todo o processo de envelhecimento do organismo, a expectativa de vida da população continua em ritmo de crescimento acelerado. Contudo as pessoas de forma geral buscam intervir que qualquer forma e a qualquer custo, esse processo de envelhecimento (PIAZZA, 2011).

A pele do idoso passa por diversas alterações fisiológicas, decorrentes do próprio processo de envelhecimento, ou mesmo a grandes exposições solares, nutrição deficientes, doenças sistêmicas até mesmo os medicamentos, fazem com que alguns problemas apareçam. Nessa fase a pele idosa, encontra-se caracterizada por ressecamento devido a possíveis desidratações, enrugamento, proveniente da perda da elasticidade normal da pele, pigmentação irregular, em consequência da pouca quantidade de melanina, além de diversas lesões proliferativas (ACCURSIO, 2001; SMELTZER; BARE, 2005).

Com o envelhecimento, há uma perda considerável tanto das fibras elásticas quanto das fibras colágenas, nessa fase a elastina torna-se porosa resultando em perda da elasticidade, como consequências aparecem às rugas. Ocorrem também modificações na espessura da pele e camadas adjacentes. Os vasos sanguíneos sofrem rompimentos, ocasionando equimoses a pequenos traumas e sensação de hipotermia dependendo das condições do ambiente. Manchas escuras de forma específica também podem aparecer como a queratose seborréica. É importante considerar que todas essas mudanças ocorrem principalmente em regiões onde a exposição solar é livre e contínua (MEIRA, 2006).

A pele envelhecida é mais seca e menos gordurosa, há adelgaçamento difuso, perda da extensibilidade e da elasticidade. Os sulcos aparecem em todas as direções: horizontais na frente e nariz; pregas nas pálpebras e canto externo dos olhos, de onde se espalham rugas oblíquas; verticais na glabella, no lábio superior e na frente da orelha, além de uma ruga oblíqua importante no sulco nasolabial (BARRIOS, 2009).

Todas as pessoas são acometidas pelo envelhecimento cutâneo. Vários fatores tem a capacidade de acelerar este processo, fatores como: mutações genéticas, liberação de radicais livres, além do envelhecimento intrínseco e extrínseco. Todos esses fatores somados resultam em alterações dérmicas, onde ocorrerão perdas importantes das fibras colágenas, elásticas e reticulares, entre outros (MACIEL; OLIVEIRA, 2011).

O envelhecimento da pele segundo Dinato et al. (2008) é um fenômeno que ocorre em dois segmentos diferentes, sendo eles: o envelhecimento intrínseco e o extrínseco. O envelhecimento intrínseco decorre da ação cronológica sobre a pele e tecidos adjacentes e é inevitável. Já o envelhecimento extrínseco decorre de hábitos de vida e de fatores ambientais, como a exposição solar crônica e o tabagismo (EIDT, 2012).

No envelhecimento intrínseco, a pele torna mais delicada, frágil, apresentando rugas finas decorrentes da perda de elastina, ou seja, perda da elasticidade. No envelhecimento extrínseco a pele ao contrario do que acontece no envelhecimento intrínseco, torna-se áspera, com rugas profundas e pigmentação irregular, com forte tendência a hiperchromia (JENKINS, 2002).

Segundo Barrios (2009), nos dois casos os fatores individuais podem vir a ter grande importância no grau das manifestações, ou seja, pessoas com 50 anos podem ter aparência de pessoas com 70 anos de idade. E ainda destaca que o envelhecimento patológico correlaciona-se ao cronológico.

Principais dermatoses associadas ao envelhecimento e à exposição solar

A pele do idoso, passa por diversas alterações, sendo tanto de aspecto fisiológico, quanto ambiental, e de acordo com Sampaio e Rivitti (2008), possui duas características diversas, sendo: uma região não exposta frequentemente aos raios solares, quadro 1, ou área cutânea que

se submete a recepção cumulativa de radiações actínicas do sol, abrangendo alterações benignas e malignas.

As fotodermatoses são quadros cutâneos de origem a exposição solar, podendo ocorrer alterações inflamatórias ou degenerativas (BRASIL, 2006).

As dermatoses ocasionadas pela exposição excessiva aos raios solares são caracterizadas pelo foto envelhecimento da pele. Barrios (2009) define o foto envelhecimento como uma foto dermatose de apresentação tóxica primária e tardia, com alterações clinico-patológicas. Neste caso podem surgir na pele rugas, pigmentação irregular, e ainda pouca quantidade de elastose, além de diversas e importantes alterações. As fotodermatoses são:

- Mílio colóide: ocorre em regiões que foram expostas aos raios solares, apresenta-se com pápulas de 1 a 2 mm de tamanho, de forma arredondada, de cor acastanhada, podendo ou não estar agrupadas em placas papulosas. Infelizmente não há tratamento, o indivíduo, portanto não deve se expor ao sol (SIMIS; SIMIS, 2006).

- Leucodermia solar: caracterizada por manchas acrómico-atróficas com mais ou menos de 2 a 5 mm de tamanho, em locais como pernas, e antebraços. Esta associada à queratose solar, pois é resultado da também exposição solar excessiva. Aparecem geralmente em idosos. Não há tratamento, além de usos de cosméticos, portanto a exposição solar deve ser restrita, ou se ocorrer exposição, o indivíduo, deve estar sempre protegido (SAMPAIO; RIVITTI, 2008).

- Elastose solar: também conhecida como *peau citreine*, sendo uma alteração que apresenta importante espessamento de consistência coriácea, com superfície sulcada, como a casca de uma laranja, de cor amarelada. Sua causa é devido à degeneração de fibras tanto colágenas como elásticas, por consequência da luz do sol (SIMIS; SIMIS, 2006).

- Melanose solar: caracterizada por manchas localizadas em mãos, punhos, antebraço e face, com até 1,5 cm, de cor castanha clara ou escura, normalmente se apresenta com discreta rugosidade em sua superfície. Ocorre em idosos e pessoas de meia idade, em locais onde a exposição de sol é constante (SAMPAIO; RIVITTI, 2008).

- Queratose actínica: também conhecida como queratose solar ou senil, sua característica é bem específica, pois apresenta lesões queratósicas, rugosas, com escamação de cor amareladas ou acastanhada, de textura fina, aderente e secas, às vezes pode apresentar um pequeno edema (SIMIS; SIMIS, 2006).

Queratose actínica(QA)

A QA é uma lesão de pele, ocasionada pela exposição cumulativa do componente ultravioleta da radiação solar. Apresenta-se em geral com diversas lesões em locais foto expostos, raramente ocorre como lesão única. A queratose actínica é uma lesão de pele, marcadora do dano solar ela acomete regiões do corpo humano mais intensamente expostos ao sol, tais como: mãos, antebraços, face, decote, orelhas, pescoço e couro cabeludo em indivíduos calvos. Pessoas que possuam uma pele mais clara, sensível e com grande dificuldade para o bronzeamento, são mais suscetíveis a queratoseactínica (SCHWARTZ; HOWARD, 1999).

A queratose actínica, caracteriza-se por apresentar lesão, ou lesões queratósicas, rugosas, aderentes, finas, secas, de cor amarelada ou acastanhada, podendo ainda apresentar pequeno eritema. As QAs associam-se geralmente a melanose solar, que também é uma doença causada pela exposição solar (SAMPAIO; RIVITTI, 2008).

É importante saber que um problema associado à QA, é de fato, as áreas atingidas, que podem ser bem destacadas de tamanho variado, porém grandes, do tipo generalizado. Portanto o tratamento dessas lesões podem vir a ser lento, ou mesmo o uso de procedimentos químicos, pode ser prejudicial ao paciente, por se tratar de procedimentos agressivos (BONILHA, 2011).

O desenvolvimento da queratose actínica, segundo Murad (2006), é considerada um elemento chave na progressão da pele envelhecida para o carcinoma de células invasivas escamosas. Há um tempo a QA foi considerada uma condição pré-cancerosa referenciada a epiderme, hoje, porém é um estagio importante no desenvolvimento do câncer de pele, assim como dados clínicos, histológicos e até mesmos moleculares, visto que todos são indicativos de transformação em carcinoma de células escamosas (CCE) cutânea.

QAs são amplamente consideradas lesões pré-malignas com potencial individual baixo de malignidade invasiva e superior potencial de regressão espontânea (BERKER; MCGREGOR; HUGHES, 2007).

Prevenção e tratamento da queratose actínica

A prevenção da queratose actínica baseia-se na simples proteção solar. A recomendação dada pelos médicos e profissionais da saúde, é que o individuo, proteja-se como roupas, protetor solar, buscar sombras em lugares onde a exposição solar é continua e frequente, mesmo em dias nublados, o uso de protetor solar é indispensável, quando exposto ao ambiente, sair com roupas leves de cor clara, vestes com mangas

compridas, usar calças para proteger as pernas, chapéus com abas são muito importantes, pois a região da face e couro cabeludo são as áreas mais afetadas. O uso de protetor solar deve ser feito diariamente, não se esquecendo de que o fator deve ser de 15 acima, deve ser aplicada de 15 a 30 minutos, antes de se expor, reaplicando a cada 2 horas, ou quando for necessário (MURAD, 2006).

O autor ainda destaca que, o indivíduo deve sempre estar atento a sua pele, sempre que possível faz-se necessário à consulta a um profissional dermatologista. Sendo importante destacar que a prevenção da QA, deve começar quando ainda na infância, o uso de filtro solar em bebês, só será recomendado se o mesmo for exposto ao sol.

Para o tratamento da QA, há diversas opções, sendo elas: crioterapia, uso de 5-fluorouracil tópico, curetagem cirúrgica, laserterapia, e por fim a terapias fotodinâmica tópica (BONILHA, 2011).

Berker, McGregor e Hughes (2007), afirmaram que a crioterapia é um procedimento de baixo custo, eficaz, com até 98% de cura, para os pacientes que optam por este tratamento. Segundo ele o tratamento baseia-se no congelamento da lesão com o nitrogênio líquido, ocasionado aos tecidos superficiais, uma destruição física ocasionada pelos cristais de gelo, dentro das células, em consequência disso uma reepitelização de tecidos será organizada.

O uso de 5-fluorouracil tópico, também é uma opção para o tratamento da QA, é um método químico que tem a capacidade de curar as queratoses actínicas mais disseminadas. O procedimento consiste numa produção de processo inflamatório a nível local, que ocasionará prurido, um tanto desagradável, levando o paciente a sentir como se estivesse queimado e com úlceras. Estes sintomas, no entanto podem prejudicar a aderência ao tratamento (SALASCHE, 2000).

A curetagem cirúrgica, também é o meio de tratamento muito usado para a queratose actínica, o procedimento consiste em uma raspagem em toda região afetada pela lesão, esse procedimento deve ser feito com o uso de anestésicos. Espera-se que ocorra regeneração sem lesões. É um método vantajoso, pois sua avaliação é possível através da microscopia da lesão, porém é agressivo, e por vezes pode provocar infecção, como consequência a recuperação pode ser lenta e com possíveis cicatrizes, além do fato que não se deve realizar este procedimento, fora de uma Instituição hospitalar (BONILHA, 2011).

A laserterapia é também uma terapêutica, bastante utilizada. Neste tratamento, feixes de laser produzem vaporização superficial, na lesão, sendo apenas removidas as lesões visíveis, ou seja, as superficiais.

É um procedimento bem demorado, e também com um custo não muito acessível à população (CARVALHO, 2009).

A terapia fotodinâmica tópica, é sem dúvida uma das terapêuticas mais utilizadas no tratamento da queratose actínica. É um procedimento relativamente simples, onde se aplica um medicamento fotossensibilizador sobre a pele; este medicamento será ativado por uma luz emitida por diodo. A ativação promove a pele prejudicada, uma foto reação que leva o tecido a necrosar, porém recupera-se posteriormente (BONILHA, 2011).

REFLEXÕES

A queratose actínica é uma lesão de pele, ocasionada pela exposição cumulativa do componente ultravioleta da radiação solar. Apresenta-se em geral com diversas lesões em local foto exposto, raramente ocorre como lesão única. As regiões do corpo humano, mais acometidas, são as mãos, antebraços, face, decote, orelhas, pescoço e couro cabeludo em indivíduos calvos. Pessoas que possuem pele mais clara, sensível e com grande dificuldade para o bronzeamento, são mais suscetíveis.

Quando a queratose actínica já se encontra instalada é necessário realizar tratamentos onde o médico dermatologista irá avaliar e verificar o melhor, dependendo da situação e necessidade de seu cliente. Porém este tratamento pode ser demorado e uma das opções é a terapia fotodinâmica que vem dando resultados positivos e rápidos.

Na literatura há várias recomendações para o tratamento da queratose actínica, todos com sua devida importância e resultado cosmético. Entretanto o melhor tratamento é o uso do protetor solar desde a infância, para que não haja o efeito acumulativo da radiação solar.

REFERÊNCIAS

ACCURSIO, C.S.C. Alterações de pele na terceira idade. **RBM- Rev Bras Med** v. 58, n. 9, p. 646-52, set. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19.

BARRIOS, M.M. **Dermatologia geriátrica**. Hospital das Clínicas – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2009.

BERKER, D.; MCGREGOR, J.M.; HUGHES, B.R. Guidelines for the management of actinic keratoses. **British Journal of Dermatology**, v.156, n.2, p. 222-30, fev. 2007..

BONILHA, V.S.J. **Tratamento de queratose actínica disseminada através da terapia fotodinâmica**. 2011. 59f. Dissertação (Mestrado).Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2011.

CARVALHO, S.M. **Avaliação do desempenho dos médicos do PSF na identificação de câncer de pele em idoso**. 2006. 120f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2006.

CARVALHO, J.J.M. **Laser em Medicina - Cirurgia a Laser**. Instituto Garnet. 2009..

COHEN, J.L. Actinic keratosis treatment as a key component of preventive strategies for nonmelanoma skin cancer. **J Clin Aesthet Dermatol**, v. 3, n. 6, p. 39-44, jun. 2010.

CRISCIONE, V.D. et al. Actinic keratoses: Natural history and risk of malignant transformation in the Veterans Affairs Topical Tretinoin Chemoprevention Trial. **Cancer**, v. 115, n. 11, p. 2523-30, jun. 2009.

DINATO, S.L.M. et al. Prevalência de dermatoses em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Rev Assoc Med Bras** v.54, n. 6, p. 543-7, 2008.

EIDT, L.M. **Manifestações dermatológicas em idosos ambulatoriais, internados e institucionalizados de Porto Alegre**. 2012. 149f. Tese (Doutorado)-Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS, Porto alegre, 2012.

EURICO, T.C.F. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 24, supl I, p. 3-6, 2002.

JENKINS, G. Molecular mechanisms of skin ageing. **Mech Ageing Dev**, v.123, n. 7, p. 801-810, 2002.

KO, C.J. Actinic keratosis: facts and controversies. **Clin Dermatol**, v. 28, n. 3, p. 249-253, maio/jun. 2010.

MACIEL, D.; OLIVEIRA, G.G. **Prevenção do envelhecimento cutâneo e atenuação de linhas de expressão pelo aumento da síntese de colágeno**. V CONGRESSO Multiprofissional de Atenção ao idoso. UNIFIL, Londrina-PR, 2011.

MEIRA, M.G. Alterações anatômicas e fisiológicas do idoso. **Revista Médica Ana Costa**, v. 12, n. 2, art. 4, 2006.

MURAD, A.M.D. Actinic keratosis: prevalence, pathogenesis, presentation, and prevention. **Johns Hopkins Advanced Studies in Medicine**. v.6, p. 8A. set. 2006.

MURPHY, G.F.; MARTIN, C.; MIHM, J.R.A. Pele. In: COTRAN, R.S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. **Patologia Estrutural e Funcional**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2000, cap. 27. p.1048-1086.

PIAZZA, F.C. P. Fisiologia do envelhecimento cutâneo. In: PELÁGIO, A.P. **Nutrição Aplicada á Estética**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011.

PIRES, A.C.B. **Da queratose actínica ao carcinoma espinocelular**. 2011. 33f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2011.

ROEWERT-HUBER, J.; STOCKFLETH, E.; KERL, H. Pathology and pathobiology of actinic (solar) keratosis - an update. **Br J Dermatol**, v. 157, supl 2, p. 18-20, dez. 2007.

SALASCHE, S.J. Epidemiology of actinic keratoses and squamous cell carcinoma. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v.42, n.1, supl. 1, p. S 4-7, jan. 2000.

SAMPAIO, S.A.P.; RIVITTI, E.A. **Dermatologia**. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2008. 1156p.

SIMIS, T.; SIMIS, D.R.C. Doenças da pele relacionadas à radiação solar. **Rev Fac Ciênc Med**, Sorocaba, v.8, n.1, p. 1-8, 2006.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**.10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. V.4

SCHWARTZ, R.A.; HOWARD, L.S. Epithelial precancerous lesions. In: FREEDBERG, I.M.; EISEN, A.Z.; WOLF, K.; AUSTEN, K.F.; GOLDSMITH, L.A.; KATZ, S.I.; FITZPATRICK, T.B. **Dermatology in General Medicine**. 5.ed. New York: Macgraw Hill, 1999, Cap. 79, p. 823-839.

TIERNEY, J.E. et al. Northern Hemisphere Controls on Tropical Southeast African Climate During the Past 60,000 Years. **Science**, v. 322, n. 5899, p. 252-5, out. 2008.

Enviado em: dezembro de 2013.

Revisado e Aceito: janeiro de 2014.

**CÂNCER DE MAMA: A POSSIBILIDADE DA DETECÇÃO
PRECOCE
BREAST CANCER: THE POSSIBILITY OF EARLY
DETECTION**

HENRIQUE O. LAUER BARTH¹
ADRIANA DE SANT' ANA GASQUEZ²

RESUMO: Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer de mama no Brasil justificam a implementação de ações nacionais voltadas para a prevenção e o controle do câncer. O interesse pelo tema é devido ao aumento considerável dos números de casos e óbitos por câncer de mama nas últimas décadas, relacionadas com a mudança do perfil epidemiológico e demográfico. Em grande parte devido às mudanças nos hábitos de vida da população. A revisão bibliográfica teve como objetivo caracterizar a detecção precoce do câncer de mama como medida de controle reforçando informações a cerca dos fatores de risco. Os programas de rastreamento para câncer de mama procuram identificar mulheres assintomáticas que se encontram em estágio precoce da doença. Atualmente, as estratégias disponíveis para rastreamento do câncer de mama são a mamografia e o exame clínico das mamas conforme faixa de idade estipulada pelo INCA. Os autores acordaram que a maior taxa incidência de câncer de mama na população feminina está relacionada com o envelhecimento, história familiar e condições sócio-econômicas. Os serviços de saúde, através de protocolos atualizados, devem voltar a atenção às mulheres de risco e assintomáticas. Por fim, o controle do câncer de mama constitui um desafio da saúde coletiva.

Palavras-chave: Câncer de Mama. Detecção Precoce. Rastreamento.

¹Graduando do Curso de Enfermagem da Faculdade INGÁ, Rua Tietê, 375. Bloco B, Kit 01. Bairro: Zona 07, Maringá - Paraná, Brasil - CEP: 87- 020-210. E-mail: henrique_lauer@hotmail.com

²Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade INGÁ

ABSTRACT: The high incidence and mortality from breast cancer in Brazil justify the implementation of national actions aimed at preventing and controlling cancer. Interest in the subject is due to the considerable increase in numbers of cases and deaths from breast cancer in recent decades related to changing demographic and epidemiological profile. Largely, are because is changing the life habits of the population. The literature review aimed to characterize the early detection of breast cancer as a control measure reinforcing information about risk factors. Screening programs for breast cancer seek to identify asymptomatic women who are in early stages of the disease. Currently available strategies for the screening of breast cancer are mammography and clinical breast examination as stipulated by age group of INCA. The authors agreed that the highest incidence of breast cancer in the female population is related to aging, family history and socio-economic conditions. Health services through updated protocols, should turn their attention to women at risk and asymptomatic. Finally, the control of breast cancer is a challenge to public health.

Key-words: Breast Cancer. Early Detection. Tracking.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é considerado um grave problema na saúde pública mundial, não só pelo número de casos crescentes diagnosticados a cada ano, mas também pelos investimentos financeiros que diz respeito ao diagnóstico e tratamento. A incidência da doença cresce de maneira rápida e progressiva.

Atualmente, é uma das principais causas de morte em mulheres e é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. Em 2010, ocorreram 12.812 mortes por causa da doença. E neste ano, o Ministério da Saúde já custeou mais de 100 mil procedimentos para quimioterapia do câncer de mama inicial ou localmente avançado. Entretanto, se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom. (OMS BRASIL, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em comparação às décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes.

Sendo o mais temido entre as mulheres pela alta frequência de morbidade e mortalidade, dentre outros fatores, de modo indireto

afetam tanto a sexualidade quanto à autoimagem pessoal da paciente. O câncer de mama tornou-se um problema de saúde pública, motivando e ampliando a discussão do debate de medidas que identifiquem os fatores de risco para promover o seu diagnóstico precoce, e consequentemente reduzir o número de casos.

Em 2012, espera-se para o Brasil, 52.680 casos novos de câncer de mama, com risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres (INCA). No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%. Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer da mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. A sobrevida média após cinco anos na população de países desenvolvidos tem apresentado um discreto aumento, cerca de 85%. Entretanto, nos países em desenvolvimento, a sobrevida fica em torno de 60%. (OMS, 2010).

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer de mama no Brasil justificam ações nacionais voltadas para a prevenção e o controle do câncer (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos), tendo como base as diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica. (GM, 2439/05).

Relativamente raro antes dos 35 anos, mas, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. A idade continua sendo o principal fator de risco para o câncer de mama. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta.

O interesse pelo tema é devido ao aumento considerável dos números de casos e óbitos por câncer de mama nas últimas décadas, relacionados com a mudança do perfil epidemiológico e demográfico. O crescimento relativo e absoluto das doenças crônicas e a mudança na pirâmide demográfica demonstram que as neoplasias se manifestam com maior frequência. A longevidade proporciona períodos mais longos de exposição aos fatores de risco havendo maior probabilidade do desenvolvimento.

Embora a hereditariedade seja responsável por apenas 10% do total de casos, mulheres com história familiar de câncer de mama, especialmente se uma ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmãs) foram acometidas antes dos 50 anos, apresentam maior risco de

desenvolver a doença.

Esse grupo deve ser acompanhado por médico a partir dos 35 anos. É o profissional de saúde quem vai decidir quais exames a paciente deverá fazer. Primeira menstruação precoce, menopausa tardia (após os 50 anos), primeira gravidez após os 30 anos e não ter tido filhos também constituem fatores de risco para o câncer de mama.

Mulheres que se encaixem nesses perfis também devem buscar orientação médica. As formas mais eficazes para a detecção precoce do câncer de mama são o exame clínico e a mamografia. (INCA, 2012).

Neste contexto, este estudo teve como objetivo caracterizar a detecção precoce do câncer de mama como medida de controle, reforçando as informações a cerca dos fatores de risco, a fim de despertar os profissionais de Unidades Básicas de Saúde a melhorar suas perspectivas em relação as suas meta e cobertura.

A revisão teórica selecionada para a realização deste estudo foi organizada com textos, artigos e dissertações atualizadas. Em primeiro lugar, a introdução teórica sobre o câncer de mama, considerando-se a epidemiologia da doença, após, tipos de câncer de mama, fatores de risco, aspectos relacionados à detecção e prevenção da neoplasia mamária. Foram citados estudos onde os autores descrevem a respeito do tema. A discussão e conclusão encerram o trabalho.

Pretendeu-se que os resultados da pesquisa contribuíssem cientificamente de forma simples e objetiva para os serviços de saúde, no intuito de capacitar e promover o conhecimento dos profissionais da saúde que atuam diretamente com as pacientes nas orientações, detecção precoce e aspectos preventivos.

TIPOS DE CÂNCER DE MAMA E FATORES DE RISCO

O câncer de mama: compreende três doenças distintas: carcinoma ductal in situ, doença de Paget e carcinoma lobular in situ. A característica comum deste grupo é o fato de serem neoplasias não invasivas, ou seja, não invadem o estroma, onde estão localizados os vasos sanguíneos e linfáticos. Por ainda se apresentarem na forma inicial, não são capazes de se disseminar à distância.

As duas primeiras patologias (carcinoma ductal in situ e doença de Paget) são consideradas lesões pré-neoplásicas, pois tem capacidade de se transformarem em uma lesão invasora se não forem tratadas.

O carcinoma lobular in situ, por outro lado, é considerada uma lesão de risco, pelo fato de aumentar o risco de câncer de mama (na

mama acometida ou na outra mama), mas não ser capaz de progredir para carcinoma invasor (SBMASTOLOGIA, 2012).

Qualquer mulher pode ter o câncer de mama, mas há determinados grupos com maiores possibilidades de desenvolverem a doença, pois possuem certas características, ou seja, certas condições favoráveis ao desenvolvimento da doença a qual se denomina, fatores de risco. Estes grupos, não que obrigatoriamente desenvolverão a doença, mas mantêm maior possibilidade de quando comparados a população feminina em geral. (BRASIL, 2012)

Ainda de acordo com o ministério da saúde os principais fatores associados ao risco aumentado em desenvolver câncer de mama preconizados são: sexo feminino, idade superior a 35 anos, padrão socioeconômico elevado, ausência de atividade sexual, residência em área urbana e cor branca. As situações de alto risco são identificadas em mulheres com história familiar de câncer de mama em ascendentes ou parentes diretos (mãe ou irmã) na pré-menopausa; ou que teve diagnóstico prévio de hiperplasia atípica ou neoplasia lobular *in situ*; ou ainda câncer de mama prévio.

A progressiva mudança no perfil reprodutivo, com mulheres com um número cada vez menor de filhos e em épocas mais tardias da vida. Podemos observar que o risco de desenvolver câncer de mama que tiveram seu primeiro filho após os 30 anos aproximadamente o dobro das que tiveram antes dos vinte anos. Interessante notar que uma gestação a termo diminui em 25% o risco de câncer de mama, e grandes múltiparas tem a metade do risco de nulíparas. A cada cinco anos na idade da primeira gravidez aumenta o risco para o câncer de mama em 13%. Mulheres que amamentaram por mais de dois anos diminuem em 33% a chance de desenvolver câncer de mama do que aquelas que nunca amamentaram, mesmo quando ajustamos a paridade e a idade da primeira gestação. (KEY et al., 2001; LAYDE, 1989 Apud PAULINELLI et al., 2003; PAIVA et al., 2002).

A predisposição genética é fator relevante para o desenvolvimento do câncer de mama. A história familiar para câncer de mama é um fator de risco reconhecido, porém apenas 10 % das mulheres diagnosticadas com câncer de mama têm uma história familiar positiva. Mulheres com casos da doença em familiares próximos (mãe, irmã ou filha) têm chances maiores de desenvolvimento do câncer de mama. Conforme ressalta o Inca, "o exame clínico da mama deve ser feito uma vez por ano pelas mulheres entre 40 e 49 anos. E a mamografia deve ser realizada a cada dois anos por mulheres entre 50 e

69 anos, ou segundo recomendação médica". E mais: "Embora a hereditariedade seja responsável por apenas 10% do total de casos, mulheres com história familiar de câncer de mama, especialmente se uma ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmãs) foram acometidas antes dos 50 anos, apresentam maior risco de desenvolver a doença. Esse grupo deve ser acompanhado por médico a partir dos 35 anos, Quando detectado nos estágios iniciais, as chances de cura são de aproximadamente 95%. (PAIVA; NETTO, 2012).

DETECÇÃO E DIAGNÓSTICO

No Brasil, o exame clínico anual das mamas e o rastreamento são as estratégias recomendadas para controle do câncer da mama. As recomendações do ministério da saúde para detecção precoce e diagnóstico desse câncer baseiam-se no controle do câncer de mama: documento de consenso, de 2004, que considera, como principais estratégias de rastreamento, o exame clínico anual das mamas a partir dos 40 anos e um exame mamográfico, a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos. Para as mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para câncer da mama (com história familiar de câncer da mama em parentes de primeiro grau antes dos 50 anos de idade; história familiar de câncer da mama bilateral ou de ovário em parentes de primeiro grau em qualquer idade; história familiar de câncer da mama masculina; ou mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ), recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos.

A detecção precoce do Câncer de Mama, melhora a qualidade de vida e tratamento se diagnosticado recentemente. É engano considerar que o câncer de mama ainda hoje seja uma afecção prevenível e os programas de rastreamento para câncer de mama procuram identificar mulheres que se encontram em estágio precoce da doença. Atualmente há duas estratégias disponíveis para rastreamento do câncer de mama: mamografia e exame clínico das mamas. (ARAÚJO, 2000).

Para a detecção precoce, Brasil (2010) recomenda para o rastreamento de mulheres assintomáticas:

a) Exame Clínico das Mamas: para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, com periodicidade anual. Esse procedimento também é compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independentemente

da faixa etária.

b) Mamografia: para mulheres com idade entre 50 e 69 anos de idade, com intervalo máximo de 2 anos entre os exames.

c) Exame Clínico das Mamas e Mamografia Anual: para mulheres a partir de 35 anos de idade, pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer da mama.

As condutas para o diagnóstico das lesões palpáveis da mama segundo BRASIL (2006), são as seguintes:

a) Mulheres com menos de 35 anos de idade: a ultrassonografia (USG) é o método de escolha para avaliação das lesões palpáveis nesse grupo etário.

b) Mulheres com 35 anos de idade ou mais: a mamografia é o método recomendado. O exame mamográfico pode ser complementado pela ultrassonografia em determinadas situações clínicas, especificadas no Controle do Câncer de Mama.

EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

As evidências científicas da eficácia do exame clínico das mamas na redução da mortalidade por câncer de mama ainda são consideradas insatisfatórias. Dos Nove ensaios clínicos realizados para avaliar a eficácia do rastreamento mamográfico, quatro incluíram o exame clínico das mamas como intervenção complementar. Já uma pesquisa realizada pela *National Breast Screening Study* que incluía 39.405 mulheres, metade recebeu exame mamográfico acrescido do exame clínico das mamas, enquanto as demais somente o exame clínico das mamas. Após 13 anos de seguimento, não houve diferença significativa no número de casos diagnosticados e na evolução para óbito, sugerindo que o exame clínico das mamas é tão efetivo quanto à mamografia. Essas divergências podem estar correlacionadas com a dificuldade na realização sistemática do exame clínico das mamas por todos os profissionais da área da saúde (MILLER, 2000 apud THULLER, 2003).

Contudo, o exame clínico permite o diagnóstico de lesões não observadas por pacientes ou por outros métodos de rastreamento. O exame físico das mamas deve ser realizado rotineiramente pelo médico durante a sua consulta em mulheres a partir de 25 anos, preferentemente na primeira semana após a menstruação. O exame também pode ser realizado por enfermeiros durante seu atendimento e tem fundamental importância para a detecção precoce do câncer de mama. Durante o exame abre-se a oportunidade para o profissional de saúde educar a

população feminina sobre o câncer da mama, seus sintomas, fatores e risco, detecção precoce e sobre a composição e variabilidade da mama normal. (BRASIL, 2008).

Na realização do exame, observam-se sinais como assimetria, abaulamentos, retrações, eczemas, ulcerações, gânglios linfáticos e nódulos devem ser cuidadosamente pesquisados. Em sequência, deve contemplar os seguintes passos para sua adequada realização: inspeção estática e dinâmica, palpação das axilas e palpação da mama com a paciente em decúbito dorsal. (BRASIL, 2008).

A interpretação dos resultados pode ser avaliada de duas formas: normal ou negativo. Caso alguma anormalidade seja identificada pela inspeção visual e palpação, faz-se necessário então um encaminhamento para um especialista. A SESA (2005) preconiza para realização do exame clínico das mamas conforme os mesmos passos de Brasil (2008).

MAMOGRAFIA

A mamografia é considerada o método mais eficiente para detecção precoce do câncer de mama, devendo ser realizada anualmente, por meio de um aparelho de raio X apropriado, chamado mamógrafo. Nele, a mama é comprimida de forma a fornecer melhores imagens, e, portanto, melhor capacidade de diagnóstico. O desconforto provocado é discreto e suportável. A sensibilidade diagnóstica deste procedimento varia dependendo da idade da paciente, densidade da mama e do tamanho da localização e do aspecto mamográfico do tumor. Estudos realizados com mulheres com idade acima de 50 anos, comprovam a diminuição da mortalidade em 32%, sendo que em 20 a 42% destes casos, o tumor foi detectado somente pela mamografia. (BRASIL, 2006).

A mamografia foi introduzida em larga escala populacional com fins de rastreamento organizado. Essa introdução ocorreu em 1987 primeiramente em países europeus e no ano seguinte em países norte-americanos e, após os anos 90 a mamografia se espalha pelo mundo inteiro. Os benefícios da mamografia já puderam ser notados quatro anos após o início do rastreamento.

Em virtude de ainda ser um método caro em nosso meio, recomenda-se hoje a realização da mamografia nos casos de mulheres com situação de alto risco a partir de 35 anos, mulheres com idade igual ou superior a 50 a 69 anos, mesmo que não apresentem alterações no exame clínico e mulheres a partir dos 40 anos deve ser realizado o exame clínico das mamas anualmente. (BRASIL, 2006).

A organização mundial de saúde afirma que a mamografia entre mulheres com idade entre 50 e 69 anos, quando realizada no intervalo de um a dois anos promove uma redução de 25% nas taxas de mortalidade por este câncer. Já para mulheres entre 40 e 49 anos a mamografia não surtiu efeitos. Não está claro porque o efeito do rastreamento mamográfico apareça mais lentamente em mulheres mais jovens.

De acordo com Brasil (2006) a mortalidade por câncer da mama pode ser reduzida em um terço entre as mulheres de 50 a 69 anos com programas de rastreamento, que consistem de mamografia com ou sem exame clínico. No Brasil, o principal documento que referenda a proposta do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, em que o rastreamento é uma das principais estratégias, é o Consenso de Controle do Câncer de Mama, que preconiza:

ESTRATÉGIA DE DETECÇÃO	
POPULAÇÃO-ALVO:	ESTRATÉGIA:
MULHERES A PARTIR DOS 40 ANOS	EXAME CLÍNICO DAS MAMAS ANUAL
MULHERES ENTRE 50 E 69 ANOS	EXAME CLÍNICO DAS MAMAS ANUAL MAIS
MULHERES A PARTIR DE 35 ANOS COM RISCO ELEVADO	EXAME CLÍNICO DAS MAMAS ANUAL E MAMOGRÁFIA ANUAL

Quadro1: Estratégia de Detecção do Câncer de Mama.

A capacidade instalada (potencial de produção de mamografias pelo número de mamógrafos em uso) da rede SUS é suficiente para oferecer cobertura de pelo menos 50% da população-alvo em todas as regiões do Brasil. A implementação do rastreamento populacional como estratégia de detecção precoce e controle do câncer da mama no Brasil devem considerar a necessidade de profissionais especializados e capacitados, a organização de rede assistencial própria e prestadora de serviços ao SUS e a distribuição equitativa dos recursos tecnológicos de diagnóstico e tratamento necessários à assistência integral do paciente (BRASIL, 2008).

DISCUSSÃO

Pode-se observar, a concordância entre os autores, à tendência mundial de elevação de incidência por neoplasias malignas, devido o processo de transição epidemiológica e demográfica atual. Acrescenta-se ao número de casos anual, conforme o avanço na idade das mulheres. (SILVEIRA, 2006; BRASIL, 2010).

À longevidade, acrescentou-se a urbanização, cujo processo acelerou o aumento do número dos casos, que expõe aos riscos para o desenvolvimento do câncer de mama. O processo de urbanização da sociedade, associado a possibilidade de maior risco de adoecimento entre mulheres com elevado status socioeconômico, ao contrário do que se observa para o câncer do colo do útero. (INCA, 2012).

Dentre os principais fatores de risco do câncer de mama, a literatura aponta o sexo e a idade como influência direta no aumento do número de casos (PAIVA et al., 2006; THULER, 2003; BRASIL, 2010).

O estilo de vida é um fator condicionante para o câncer de mama, já que idade avançada, a raça, fatores sócio econômicos, o uso de contraceptivos orais, são fatores relativos para o desenvolvimento para o câncer de mama (ARAÚJO et al., 2000).

Foram considerados como situações de alto risco, mulheres com histórico de câncer de mama em ascendentes e parentes diretos e eleva quando o familiar tem o câncer de mama com menos de 50 anos em ambas as mamas. (BRASIL, 2010; THULER, 2003).

No Brasil, regiões como, centro oeste, sul, sudeste e capitais, concentram maiores números de casos de câncer de mama. Há relação dos altos índices do câncer de mama, com melhores índices sócios econômicos corroborando com a elevação da morbidade por esta causa. (SILVEIRA, et. al., 2006).

Na literatura Brasil (2006) e Thuler (2003), afirmaram que para detecção precoce e diagnóstica do câncer de mama, a respeito do rastreamento popular, as evidências científicas permitem concluir que a recomendação de mamografia acompanhada do exame clínico das mamas a cada um ou dois anos nas mulheres entre 50 e 69 anos, tem-se mostrado a estratégia mais eficaz.

Portanto, o exame clínico das mamas, e a mamografia são preconizados como medidas indispensáveis para a detecção precoce. Entretanto, há países ou regiões em que o rastreamento mamográfico não está disponível, daí a importância do exame clínico das mamas

ser encorajado para os profissionais realizarem às mulheres que frequentam o Serviço de Saúde e incentivar a sua procura e adesão, principalmente a todas que estiverem na faixa etária de 40 á 69 anos (BRASIL, 2012)

REFLEXÕES

Comparado às outras causas de câncer nas mulheres, o câncer de mama tem tido um expressivo aumento. A faixa etária com maior índice é a partir dos 50 anos e eleva-se com o avanço da idade (acima de 75 anos). As regiões de maior urbanização e melhor nível sócio-econômicos possuem maior incidência. O sexo é o principal fator de risco, seguido da idade e histórico familiar. A mamografia é a primeira opção no rastreamento das mulheres com mais de 50 anos nos Serviços de Saúde.

A prevenção primária dessa neoplasia ainda não é totalmente possível em razão da variação dos fatores de risco e das características genéticas que estão envolvidas na sua etiologia. Novas estratégias de rastreamento factíveis para países com dificuldades orçamentárias têm sido estudadas, e, até o momento, a mamografia, para mulheres com idade entre 50 e 69 anos, é recomendada como método efetivo para detecção precoce. A amamentação, a prática de atividade física e a alimentação saudável com a manutenção do peso corporal estão associadas a um menor risco de desenvolver esse câncer (INCA, 2012).

O estilo de vida é importante fator na prevenção primária, entretanto as possíveis recomendações para a população em geral estão no estímulo de hábitos de vida saudáveis, o que inclui não fumar, manter uma alimentação equilibrada, ingerir bebidas alcoólicas com moderação e manter o peso ideal. Acrescente-se a isso cuidados nos ambientes de trabalho, sobretudo no que diz respeito à exposição à radiação iônica e aos pesticidas.

Sendo assim o controle do câncer de mama constitui um enorme desafio que a saúde pública e todos os profissionais ligados deverão enfrentar.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S.D.T. **Mortalidade por câncer de mama, de mulheres com idade igual e superior a 50 anos, estado de São Paulo, 1979-1997**. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, 2006.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes**. Disponível em <<http://www.projetodiretrizes.org.br>>. Acesso em 9 de junho de 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETÁRIA ATENÇÃO SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA. **A situação do câncer no Brasil**. INCA, 2012.

_____. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA. **Falando sobre câncer de mama**. MS/INCA, 2012.

_____. **Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama: recomendações para gestores estaduais e municipais**. INCA, 2006.

GOMES, R. et al. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminino. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Artigo v. 18, n. 1, p. 197-204, jan/fev, 2002.

INCA, **Tabela estimativas de incidência de câncer no Brasil- 2012**. Disponível em <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>>. Acessado em 10 de junho de 2012.

_____. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.49, n. 4, p. 227-238, 2005.

_____. **Deteção precoce**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/detecca_o_precoce>. Acessado em 10 de junho de 2012.

LINARD, A.G. et al. Deteção precoce do câncer de mama na cidade de Crato-Ce. **RBPS**, v. 16, n. 1/2, p. 3-9, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Novo medicamento incorporado no SUS**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/6242/162/novo-medicamento-sera-incorporado-no-sus.html>>. Acessado em 20 de maio de 2012.

MOLINA, L. et al. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Revista Associação Medicina Brasileira**, Botucatu: UNESP, v. 49, n. 2, p.185-190, 2003.

NETTO, P. **Tipos de câncer**. Disponível em: <http://www.paivanetto.com.br/index.php-/-/pt/artigo?cm=93624&cs=100>. Acessado

em 07 de março de 2012.

PARANÁ, Secretaria de Estado de Saúde. Coordenadoria de Programas Especiais. **Manual do programa de prevenção e controle de câncer ginecológico**. Curitiba: SESA, 2005.

PAULINELLI, R.R. A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife: Universidade Federal de Goiás, v.3, n.1, p. 17-24, jan./mar., 2003.

SILVEIRA, L. V. S. Evolução por câncer de mama no período de 1980 a 2001. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 1, p. 37-42, 2006.

SISMAMADATASUS. **Manual Operacional**. Disponível em:<http://w3.datasus.gov.br/siscam/download/Manual_Operacional_SISMAMA_m%C3%B3dulo_coordena%C3%A7%C3%A3o-Edicao1.0.pdf>. Acessado em 15 de junho de 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. **Câncer de mama**. Disponível em:<<http://www.sbcancer.org.br/final/artigossetor.asp?idart=2>>. Acessado em 19 de junho de 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Câncer de mama – Brasil**. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/palestras/cancer/cancer_mama_brasil.pdf>. Acessado em 10 de junho de 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Tipos de câncer**. Disponível em:<<http://www.sbmastologia.com.br/cancer-de-mama/estagios-cancer-de-mama/cancer-de-mama-estagio-0-22.htm>> . Acessado em 20 de maio de 2012.

Enviado em: dezembro de 2013
Revisado e Aceito: janeiro de 2014

**SAÚDE BUCAL NA TERCEIRA IDADE
ORAL HEALTH IN THIRD AGE**

SANDRA LÚCIA PRESA¹
JÉSSICA CARVALHO DE MATOS²

RESUMO: Ao envelhecer, são observados alguns problemas na saúde bucal como a perda de dentição, gengivite, periodontite, observa-se, ainda, dores na articulação-temporo-mandibular luxação devido às perdas de dentes, próteses antigas com desgaste, próteses mal ajustadas e desgastes dos próprios dentes. No entanto, são poucos os estudos que discutem as condições de saúde bucal da população idosa. Sendo assim, este trabalho tem por objetivo, realizar um mapeamento bibliográfico do conhecimento produzido na literatura científica no que se refere à saúde bucal na terceira idade, publicados no Brasil e disponível em bases de dados online. Os cuidados com a higiene bucal e a prevenção de maiores complicações com a boca, como a perda de dentes, doenças da gengiva e o próprio aparecimento do câncer bucal, estão relacionadas à realização das técnicas corretas de higiene bucal e à capacidade de autopercepção do indivíduo quanto às alterações presentes na cavidade oral. Assim, na população idosa, há uma grande necessidade de atendimento individual nas escovações, em virtude da falta de coordenação, de destreza manual baixa e mesmo devido à impossibilidade de realizar a higienização. Uma das estratégias para mudar essa realidade é trabalhar de forma preventiva estimulando a promoção de saúde bucal na população idosa brasileira, que deve ser estimulada em todos os ambientes sociais, tanto nos serviços de saúde quanto na família, promovendo a autonomia do idoso.

Palavras-chave: Saúde bucal, idoso, terceira idade.

ABSTRACT: When getting old, it is observed some oral health problems as loss of teething, gingivitis, periodontitis, is also observed, pains in the temporomandibular joint sprain due to the loss of teeth, old prosthesis abrasion, bad adjusted prosthesis and abrasion of the teeth.

¹Graduada em Odontologia - UNOESTE. Discente do Curso de Especialização em Gestão em Saúde - UEM. Rua Neo Alves Martins, 1000, Zona 03, CEP: 87050-110, Maringá-PR, e-mail: sandralpresa@hotmail.com

²Professora, Orientadora, Mestre em Enfermagem - UEM.

However, few are the studies which discuss the oral health of elderly. So, this work has as objective, promote a bibliographical mapping knowledge produced in the scientific literature in which concerns the oral health in the third age, published in Brazil and available in online based data. The care with oral hygiene and the prevention of greater complications with the mouth, as teeth loss, gingival illness and the appearing of oral cancer, are related to the right techniques of oral hygiene to the capacity of self-perception of the person to present alterations in the oral cavities. Thus, in the third age population, there is a great necessity of individual attendance in the brushing, due to the lack of coordination, low manual skill and even the impossibility of doing the hygiene. One of the strategies to change this reality is to work as a preventive way to the promotion of oral health in the Brazilian third age population, which ought to be stimulated in all social environment, like health services as well as in the family, promoting autonomy of the elderly.

Key-words: Oral health, elderly, third age.

INTRODUÇÃO

De acordo com o relatório do Ministério da Saúde, é significativo o aumento da população idosa nos últimos anos. A população brasileira na faixa etária a partir de 60 anos é a que mais cresce em relação aos países de terceiro mundo, a estimativa para 2020 é que a população idosa poderá exceder 30 milhões de pessoas (BRASIL, 2000; BRASIL, 2002). Considerando estes dados, é possível inferir o quão marcante é o impacto dessa estatística sobre os serviços de saúde, uma vez que exige novos planejamentos voltados para a assistência específica à demanda propiciada de atendimento a população idosa. A partir de tal necessidade do setor de saúde, foi aprovada em 2006 a portaria nº 2.528, a qual tem como finalidade definir as diretrizes para recuperar, manter e promover a autonomia e a independência da pessoa idosa. (BRASIL, 2006).

O aumento da expectativa de vida ocorre em função dos avanços tecnológicos, dos avanços dos estudos no campo da saúde, da melhoria das condições de saneamento básico e do conseqüente decréscimo nas taxas de mortalidade entre adultos e jovens e de natalidade. Esses fatores associados fazem com que o fenômeno do envelhecimento populacional ocorra de uma maneira intensa, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento (BELTRÃO et al., 2004).

Desde o início da década de 60, a população brasileira vem envelhecendo de forma acelerada. A queda na taxa de mortalidade, a

melhora nas condições de vida, o avanço tecnológico e o aumento da expectativa de vida ao nascer começaram a alterar a estrutura etária da população, tornando o grupo de terceira idade (pessoas que alcançam os 60 anos de idade) uma parcela significativa da população (SILVA, 2000; BRASIL, 2002). No Brasil, essas transformações nem sempre são acompanhadas de modificações no atendimento às necessidades desse grupo populacional (MOREIRA et al., 2005).

O envelhecimento, apesar de ser um processo natural, submete o organismo a diversas alterações, como: redução do tecido muscular, aumento da gordura corpórea, diminuição do tecido ósseo, deficiências visuais e auditivas, menor proteção da mucosa gástrica, lentidão no trânsito intestinal, além de outras relacionadas aos sistemas endócrino, neurológico e imunológico (CABRERA, 2004).

De acordo com Assis (2011), no decorrer do processo de envelhecimento humano, verificam-se grandes alterações fisiológicas e metabólicas nos órgãos, aparelhos e tecidos, levando a processos clínicos por vezes irreversíveis. Essas mudanças levam o idoso a alterações não apenas no aspecto psicológico, mas também alterações de hábitos ou procedimentos.

A saúde geral do idoso tem sido foco de muitos estudos tanto em âmbito populacional como de novas alternativas com a expectativa de aumentar a qualidade de vida ao envelhecer. É notável que, nas últimas décadas, a saúde bucal tem sido relegada ao esquecimento pelas pessoas em geral quando se diz respeito às condições de saúde da população idosa. Assim supõe-se que esta parcela da população deva apresentar baixos níveis de saúde bucal, tendo como principal problema a perda de dentição, necessitando do uso de próteses para suprir suas necessidades mastigatórias (ROSA et al., 1992; ROSA et al., 2008). Neste mesmo contexto Pucca Júnior (2002), menciona a saúde bucal como parte integrante da saúde geral e que tem sido colocada no esquecimento, quando se discutem as condições de saúde da população idosa.

Neste contexto, faz-se de suprema importância considerar que a saúde bucal é fundamental para a manutenção da qualidade de vida do idoso. Considerando tal aspecto, o presente artigo tem como objetivo discutir as alterações e a promoção da saúde bucal do idoso.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo revisão de literatura, que segundo Gil (2006) é uma pesquisa bibliográfica com base em material já organizado, constituído de livros e artigos científicos.

O material coletado na literatura científica constituiu-se de trabalhos nacionais, cujo objetivo estivesse relacionado ao tema saúde bucal na terceira idade. Foi realizado mapeamento bibliográfico predominantemente por meio de acesso à base de dados virtuais SciELO. Para realizar a pesquisa, foram utilizadas as palavras-chaves: Saúde Bucal, Idoso e Terceira Idade. A princípio, eram realizadas buscas com as palavras-chaves individualmente e, em seguida, as buscas eram feitas por meio de cruzamentos das mesmas.

Foram encontrados 39 artigos, entre os anos de 1992 a 2011, porém foram selecionados 22 artigos, que vieram ao encontro do objetivo desejado.

Finalizada a busca pelos resumos compatíveis com o objetivo proposto, seqüencialmente realizou-se a análise do conteúdo na íntegra desses artigos, através da qual foi possível interpretar seu conteúdo e, assim, selecionar aqueles que seriam relevantes à pesquisa e descartar os que não tinham relação com o objetivo do presente trabalho.

Desta maneira, posteriormente foi realizada a síntese e o fichamento do material selecionado, o que possibilitou a análise dos dados que serão expostos neste artigo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cavidade e os aspectos bucais do idoso

A cavidade bucal como parte integrante do corpo é de primordial importância sobre os aspectos fisiológicos e metabólicos, também sofre com o processo de envelhecimento. A perda de dentes, problemas periodontais (de onde fazem parte gengiva, osso alveolar e fibras periodontais) originam gengivite, periodontite, gengivoses e outras conseqüências, que são alguns dos problemas observados no envelhecimento. Observam-se, ainda, dores na articulação-temporo-mandibular luxação (a mandíbula desloca-se da cavidade glenóide) devido às perdas de dentes, próteses antigas com desgaste, próteses mal ajustadas, desgastes dos próprios dentes, com a perda da dimensão vertical. (ASSIS, 2011).

No que diz respeito a tais colocações, a doença periodontal aumenta com o decorrer da idade, e tem sido vista como a principal causa da perda dental, que resulta num grande número de indivíduos necessitando de próteses. (CORMACK, 2011). Varrelis (2005) por sua vez, entende que outra razão para a perda dental é o progresso lento de cáries radiculares, infiltrações e cáries sob restaurações e próteses

dentárias, como fraturas que ocorrem pela má distribuição das forças mastigatórias.

Pucca Júnior (2002) indicou ainda, que é preciso salientar que a perda dental configura-se enquanto resultado, ou seja, é um quadro de seqüela derivado de um processo de desgaste do corpo, sendo que, os componentes patológicos deste desgaste se sobrepuseram aos demais. Portanto percebe-se que, quando a perda dental se faz presente, é porque as medidas de atenção à saúde bucal anteriormente colocada inexisteram ou fracassaram integralmente.

Neste contexto é que se deve criticar, com mais precisão de resultados, os programas odontológicos e, mais precisamente, as formas de acesso aos serviços. Para Colussi e Freitas (2002), a perda total dos dentes é aceita como um fenômeno natural do envelhecimento. No entanto, sabe-se hoje que esse fato é o reflexo da falta de prevenção, de informação e conseqüentemente de cuidados com a higiene bucal, que deveriam ser destinados principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas.

Esse quadro pode ser agravado em decorrência do nível de dependência que o idoso apresenta para a realização das atividades da vida diária (alimentação, higiene, entre outros), para se movimentar (dentro e fora da residência, uso de próteses e órteses) e para se comunicar (visão, audição e fala). Os cuidados com a higiene bucal e a prevenção de maiores complicações com a boca, como a perda de dentes e o câncer bucal, estão relacionadas à coordenação motora para a realização das técnicas corretas de higiene e à capacidade de autopercepção do indivíduo quanto às alterações presentes na cavidade oral (PASSERO; MOREIRA, 2003).

De acordo com Freire et al. (2002), a manutenção da saúde dos dentes depende fundamentalmente da motivação e da cooperação do paciente e sua habilidade para escovar criteriosamente os seus dentes. Assim, na população idosa, há uma grande necessidade de atendimento individual nas escovações, em virtude da falta de coordenação, de destreza manual baixa e mesmo devido à impossibilidade de realizar a higienização.

Além de alterações fisiológicas, os idosos constituem o maior grupo de consumidores per capita de medicamentos do mundo. Os medicamentos mais consumidos pelos idosos são os cardiovasculares, analgésicos, sedativos e tranqüilizantes, cujos efeitos estão associados à inibição do fluxo salivar, aumentando a suscetibilidade à cárie.

A esse respeito, Álvares (2001) relatou que uma das principais alterações clínicas no paciente idoso é o aumento na prevalência da recessão gengival, provavelmente provocado mais pelo efeito cumulativo de vigorosas escovações do que por uma suscetibilidade em razão da idade ou mesmo da doença periodontal.

Outro problema é o grande uso de medicamentos variados que causam efeitos colaterais bucais, como sangramento gengival muitas vezes espontâneo e lesões bucais diversas. A ingestão de medicamentos pelos idosos produz alteração do metabolismo e acarreta sensibilidade a drogas e que pode afetar tanto os dentes quanto o periodonto. Segundo Neto et al. (2007), drogas anticolinérgicas, antihipertensivas, antidepressivas e ansiolíticos provocam xerostomia, produzindo maior acúmulo de placa, aumento da incidência de cáries e inflamação gengival.

A promoção da saúde bucal

Veras e Caldas (2004) relataram em seus estudos a respeito das Universidades da Terceira Idade que representam uma nova forma de promover a saúde da pessoa que envelhece, a partir da inserção do idoso como cidadão ativo na sociedade. Contribuindo para a promoção da saúde física, mental e social das pessoas idosas, lançando mão das possibilidades existentes nas universidades. Os resultados vêm sendo sistematizados e debatidos, trazendo novas perspectivas de inserção e ampliação da participação social e de melhoria das condições de saúde, e qualidade de vida dos seus participantes. Contribuindo assim a qualidade de vida da população idosa. Segundo Varrelis (2005), o controle da cárie e da doença periodontal é usado como medidas preventivas, para controle da placa bacteriana, avaliação e estimulação da função mastigatória, fluoroterapia, estimuladores de saliva, aconselhamento dietético entre outros.

Para Pucca Júnior (2002), os recursos básicos para orientação do idoso envolvem informações quanto à limpeza regular diária dos dentes e próteses, quanto ao controle da dieta e orientações visando o fortalecimento da superfície dentária, com o uso do flúor.

Segundo Araújo et al. (2006), o acesso facilitado aos serviços odontológicos, seja nos centros de saúde ou no atendimento domiciliar e unidades móveis, juntamente com uma conscientização da equipe de cuidadores sobre a importância de se manter uma boa condição bucal, são recursos importantes na busca de suporte para a manutenção da autonomia e uma melhora geral do indivíduo idoso. No Brasil, a maioria dos idosos é do sexo feminino; sendo referência econômica nos seus

domicílios; possui baixo nível socioeconômico; portadora de pelo menos uma doença crônica; independente para realização das atividades da vida diária; não possui dentes, onde a referência de saúde é o SUS. Estes brasileiros possuem uma situação de vulnerabilidade social e estão sujeitos à interferência direta dos determinantes sociais no processo saúde-doença.

Brunetti et al. (2002), diante de uma revisão da literatura constataram um aumento significativo no número de pacientes idosos. Observaram existir um número de profissionais insuficientes e com pouco preparo para o atendimento destes pacientes em nosso país, realçando a necessidade de profundos estudos e adequação para atuarem. Concluíram que a Odontologia irá cada vez mais atender idosos, passando a ser um promissor mercado de trabalho para a classe odontológica, mas exige uma grande motivação no estudo das particularidades da faixa etária. Conforme discutido por Gerlack et al. (2009), apesar de o idoso não ser sinônimo de doença e dependência, o aumento do número de idosos indica necessariamente também um aumento do número de pessoas em situação de saúde frágil, com maior número de comorbidades e, conseqüentemente, utilizando-se com mais freqüência de serviços de saúde, principalmente quando comparados a outras faixas etárias.

Em estudo realizado por Cormack (2011), buscou-se uma interação das questões relativas à odontologia ao contexto dos estudos geriátricos e gerontológicos, onde o processo do envelhecimento se relacione com a manutenção da saúde oral. Através de uma revisão da literatura foram apresentados alguns dados relativos ao crescimento da população idosa e a mudança do perfil epidemiológico do "novo idoso" que surge, com diferentes necessidades orais em relação à geração anterior, tais como a diminuição da perda dental, o aumento das cáries das superfícies radiculares e o incremento da doença periodontal. Concluiu-se que com o aumento da população idosa, teremos nos próximos anos uma demanda por uma maior e mais diversificada atenção odontológica para esse grupo em particular.

A profissão odontológica - incluindo associações de classe, o meio universitário e os diversos prestadores de serviços devem estar cientes e alertas para essa questão, de forma a ampliar o estudo e a pesquisa nessa área. Geralmente os pacientes geriátricos apresentam um quadro clínico comum. O cuidado geriátrico inclui pelo menos o diagnóstico, prevenção e tratamento da cárie, doenças periodontais, dores de cabeça e pescoço, disfunções salivares, problemas com a prótese e

comprometimento das funções de mastigação, deglutição e paladar. (FIAMINGHI et al. 2004).

Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal, Brasil (2004), recomendam a organização e o desenvolvimento de ações que ampliem o acesso dos idosos aos serviços para melhoria das condições de vida dessa população. Sugerem como estratégia de ampliação do acesso do grupo de idosos à assistência, a aplicação de tecnologias inovadoras, como tratamento restaurador atraumático e terapia periodontal de menor complexidade, que possibilita dessa maneira, abordagens de maior impacto e cobertura. A Odontogeriatría vem sendo enfocada com seriedade e muito acima dos interesses pessoais dos envolvidos, visando o bem estar do idoso brasileiro, um ser geralmente oprimido por aposentadorias escorchantes e vivendo em cidades não preparadas para acolhê-los (BRUNETTI et al., 2002).

De acordo com Gerlack et al. (2009), o princípio da integralidade deve ser o orientador do trabalho das equipes de saúde, o que poderia possibilitar o desenvolvimento de uma escuta qualificada do idoso. No entanto, os autores entendem que tal processo somente é possível por meio de um trabalho interdisciplinar, o qual permite a produção de olhares diferenciados dos diversos profissionais envolvidos no atendimento ao paciente idoso e, desta maneira, promove uma maior proximidade às questões e projetos de intervenção a problemas específicos deste contexto. Assim, é possível afirmar que o trabalho em equipe multi/interprofissional no cuidado à saúde do idoso deve estar pautado na troca entre os profissionais, além da integralidade e na humanização desse cuidado, comprovar que é possível aumentar o foco do processo de trabalho, apontando algumas ações que consideram a complexidade do processo de envelhecimento e que são dignas de continuidade a fim de que sejam passíveis de avaliação do seu impacto na qualidade de vida da população idosa.

Sobre o cuidado em saúde do idoso, Lima et al. (2010), cita o Estatuto do Idoso como um importante elemento de políticas públicas de saúde que pode ser utilizado em prol de um atendimento humanizado, que prevê além de prioridade no atendimento, o direito do atendimento preferencial e individualizado, o direito à inviolabilidade de sua integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação de sua imagem, identidade, autonomia, valores, idéias e crenças.

Nessa perspectiva, a saúde bucal vem ganhando espaço no cenário das políticas públicas de saúde, sobretudo a partir da inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), ampliada

com a formulação de política específica, denominada Brasil Sorridente, o qual envolve um conjunto de ações que buscam a reorganização do serviço de saúde bucal em todos os níveis de atenção nos mais distintos territórios em que as ações de saúde bucal se materializam, e ainda orienta a adoção de critérios de acolhimento, que podem repercutir no aumento do acesso e na qualidade da atenção da população aos serviços de saúde bucal (SOARES; PAIM, 2011).

CONCLUSÃO

É necessário entender a multifatorialidade do processo de adoecimento da população idosa, que está cada vez maior no Brasil, assim como em todo mundo. Sendo assim, a busca da compreensão integral do atendimento em saúde do idoso requer o planejamento e a efetivação de estratégias na intervenção.

Neste sentido, faz-se necessária uma ampla transformação do modelo de atendimento prestado, além da elaboração e consolidação de políticas específicas e investimentos nos serviços e profissionais da saúde, para que seja possível qualificar a assistência ao paciente idoso, baseando-se não somente na cura, mas, principalmente, na prevenção e promoção da qualidade de vida deste.

No entanto, deve-se ter em mente que, embora na teoria, tudo isso pareça passível de realização, nem sempre a prática possibilita esse processo de modo tão rápido e eficaz. Por este motivo, é importante levantar a questão acerca dos tratamentos realizados, sendo que, os idosos nem sempre têm ao seu alcance condições físicas e financeiras para garantir o atendimento qualificado.

Para se alcançar esse ideal de condições sistemáticas melhores para o idoso, deve-se incluir a manutenção do funcionamento e autonomia física e mental e o envolvimento com as atividades sociais, visando alcançar este objetivo. Também é importante propor orientações sobre dieta alimentar e a prática de atividade física, que são ações favoráveis ao envelhecimento saudável.

É imprescindível o total envolvimento dos profissionais para ampliar as ofertas de trabalhos na área da Odontologia, considerando não apenas os cirurgiões dentistas, mas também toda Equipe de Saúde Bucal (ESB) dentro de uma visão resolutiva, para o atendimento ao idoso. Uma das estratégias para mudar essa realidade é trabalhar de forma preventiva estimulando a promoção de saúde bucal na população idosa brasileira que

deve ser estimulada em todos os ambientes sociais, tanto nos serviços de saúde quanto na família, promovendo a autonomia do idoso.

Neste contexto, faz-se necessária uma ampla transformação no modelo de atendimento prestado, através da consolidação de políticas específicas e investimentos nos serviços e profissionais de saúde, para que seja possível qualificar a assistência ao paciente idoso, baseando-se não somente na cura, mas principalmente na prevenção e promoção da qualidade de vida que implica em um dos elementos necessários para o bem estar, dando ao paciente idoso as condições necessárias tanto nos serviços de saúde, quanto na família, promovendo a autonomia do idoso, diminuindo assim, o número de doenças, dependência e a morte.

REFERÊNCIAS

ALVARES, O.F.; JOHNS O. N.B.D. O envelhecimento do periodonto. In: WILSON, T. G.; KORNMAN, K.S. **Fundamentos de periodontia**. São Paulo: Quintessence, 2001. P.169-178.

ARAÚJO, S.S.C. et al. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu – SP, 2006.

ASSIS, O. **Idoso multidisciplinaridade e PSF**. 2003. Dissertação (Mestrado). Disponível em: www.odontologia.com.br/atigos/geriatria.html. Acesso em 27 out. 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Estudos e pesquisas: informação demográfica e sócio-econômica. Brasília, n. 09, 2000, p. 1-97.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso**: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população. Brasília 2002-2003. Brasília - DF, 2004.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro, 2002. ISSN 1516-3296.

BRUNETTI, R.F. et al. **Odontogeriatrics**: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas, 2002.

BELTRÃO, K.I. et al. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**. (Texto para discussão n. 1034). Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Aplicada, 2004. Acesso em 04 nov.2011.

CABRERA, M.A.S. Aspectos biológicos do envelhecimento: bases biológicas, fisiológicas e imunológicas. In: CAMPOSTRINI, E. **Odontogeriatrics**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p. 16–20.

COLUSSI, C.F.; FREITAS S.F.T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, 2002.

CORMACK, E.F. **A saúde oral do idoso**. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html>. Acesso em 09 nov.2011.

FREIRE, R.M. et al. Saúde bucal dos pacientes idosos institucionalizados. **Revista Paulista de Odontologia**, v. 24, n. 6, p. 30-33, 2002.

FIAMINGHI, D.L. et al. Odontogeriatrics: a importância da autoestima na qualidade de vida do idoso. **Revista de Clínica e Pesquisa Odontológica**, v.1, n.2, p.37-40, 2004.

GERLACK, L.F. et al. Saúde do idoso: residência multiprofissional como instrumento transformador do cuidado. **Revista Ciência & Saúde**, v. 2, n. 2, pp. 104-8, 2009.

GIL, A.C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

LIMA, T.J.V. et al. Humanização na atenção à saúde do idoso. **Saúde Soc.**, v. 19, n. 4, pp. 866-77, 2010.

MOREIRA, R.S. et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.6,p. 1665-75, nov./dez, 2005.

NETO, N.S. et al. Condições de saúde bucal do idoso: revisão de literatura. **RBCEH**, Passo Fundo, v.4, p. 48-56, 2007.

PASSERO, V.; MOREIRA, E.A.M. Estado nutricional de idosos e sua relação com a qualidade de vida. **Rev Bras Nutr Clin**, Porto Alegre, v.18, n. 1, p. 1–7, 2003.

PUCCA Junior, G.A. Saúde bucal do idoso: aspectos demográficos e epidemiológicos. **Med Odontogeriatrics e Gerontologia**; 2002.

ROSA, A.G.F. et al. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). **Revista Saúde Pública**, S. Paulo, 26: 155-60. 1992.

ROSA, L.B. et al. Odontogeriatrics: a saúde bucal na terceira idade. **RFO**, v. 13, n. 2, p. 82-86, maio/agost., 2008.

SILVA, S.R.C. **Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade**. 1999. Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo.

SOARES, C.L.M.; PAIM, J.S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, vol.27 no.5 Rio de Janeiro,2011.

VARELLIS, M.L.Z. **O paciente com necessidades especiais na odontologia**. São Paulo: Santos; 2005.

VERAS, R.P.; CALDAS C.P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**; Rio de Janeiro; 2004.

Enviado em: agosto de 2013.

Revisado e Aceito: outubro de 2013.

**CUIDADOS INTENSIVOS NO PÓS-OPERATÓRIO
IMEDIATO DE CIRURGIA BARIÁTRICA
INTENSIVE CARE IN THE IMMEDIATE
POSTOPERATIVE BARIATRIC SURGERY**

FABIANA APARECIDA NIBI¹
CRISTINA OSTI²

RESUMO: A obesidade é considerada uma doença crônica, caracterizada pelo aumento de peso corporal, devido ao acúmulo excessivo de tecido adiposo, considerada epidemia e afeta mais 300 milhões de pessoas em todo mundo. A intervenção cirúrgica é o melhor tratamento, pois é o único método que em longo prazo trás resultados significantes no tratamento melhorando a qualidade de vida e a sobrevida, resolvendo problemas de ordem física e psicossocial. A cirurgia bariátrica é considerada uma intervenção de grande porte significando que o paciente não está isento das complicações inerentes do pós-operatório com mortalidade é de 2%. O objetivo do estudo foi identificar os principais cuidados intensivos em pacientes submetidos a Cirurgia Bariátrica, durante o Período Pós-Operatório Imediato, garantido ao paciente uma assistência integral, com qualidade livre de complicações. A metodologia trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo, método ao levantamento de relevância científica, já publicada. Obteve-se uma amostra de 19 artigos científicos baseada nos seguintes critérios de inclusão: estudos obtidos na íntegra, em português, publicado no período de 2000 a 2011. O enfermeiro deve proporcionar cuidado intensivo ao paciente em pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica, buscando prestar uma assistência integral, individualizada e sistematizada, objetivando uma recuperação livre de complicações causadas pela imobilização no pós-operatório.

Palavras-chave: obesidade, cuidados intensivos, cirurgia bariátrica, gastroplastia e pós-operatório imediato.

¹Aluna do curso de pós-graduação em UTI da Faculdade de Uningá. Rua Cyro Leão, 291, COHAB 1, CEP: 18605-210. Botucatu, São Paulo- Brasil. fabiananibi@hotmail.com

²Professora Orientadora Mestre em Doenças Tropicais da Faculdade de Medicina – Campus de Botucatu

ABSTRACT: Obesity is a chronic disease characterized by increased body weight due to excessive accumulation of adipose tissue, considered epidemic and affects over 300 million people worldwide. The surgical intervention is the best treatment for it is the only method that results in significant long-term back treatment improving survival and quality of life, solving problems of physical and psychosocial. Bariatric surgery is considered an intervention large meaning that the patient is not free of complications associated with postoperative mortality is 2%. The aim of the study was to identify the main intensive care in patients undergoing bariatric surgery during the Postoperative Period Immediate, guaranteed comprehensive care to patients with quality free of complications. The methodology it is a literature review of qualitative method, the survey of scientific relevance, already published. Obtained a sample 19 papers based on the following inclusion criteria: studies obtained in full, in Portuguese, published from 2000 to 2011. Nurses should provide intensive care to patients in the immediate postoperative bariatric surgery, seeking to provide comprehensive care, individualized and systematic, aiming to recover free of complications caused by postoperative immobilization.

Key-words: obesity, intensive care, bariatric surgery, bariatric and post-operatively.

INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada uma doença crônica, caracterizada pelo aumento do peso corporal, devido ao acúmulo excessivo de tecido adiposo, considerado uma epidemia e afeta mais 300 milhões de pessoas em todo mundo (ANDERI et al., 2007). Os fatores que desencadeiam a obesidade podem ser devido as alterações endócrinas, metabólicas, genéticas, ambientais, psicológicas, mas os principais fatores que levam ao aumento do peso é a mudança dos hábitos alimentares, onde ocorrem o desequilíbrio entre ingesta e gasto energético. Sendo considerado um problema de saúde pública afeta todas as idades e grupos sociais. Estima-se que de 2% a 8% dos gastos em tratamento de saúde em vários países do mundo estejam relacionados a obesidade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) obesidade é baseado no índice de massa corporal (IMC), assim considera que o IMC encontra-se acima de 30 kg/m².

Quanto a gravidade, são classificados em três níveis: sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida. O sobrepeso ou grau I o IMC está entre

30 e 34,9 kg/m², obesidade ou grau II quando o IMC está entre 35 e 36,9 kg/m² e obesidade mórbida ou grau III quando o IMC ultrapassa 40 kg/m² (FANDIÑO et al., 2004).

A obesidade está relacionada em ambos os sexos, sendo que a prevalência em mulheres adultas dos Estados Unidos é de 33,4%, enquanto a mesma taxa para os homens é de 27,5%. Neste mesmo país, o índice de obesidade mórbida ou grau III é de 4,7%, enquanto no Brasil, essa porcentagem é de 0,5% a 1% da população adulta. No Brasil a prevalência em mulheres é de 12,4% e de homens 7% (MOOCKE et al., 2010).

Os candidatos indicados para a realização da cirurgia bariátrica são os pacientes que estão em obesidade mórbida, que não conseguiram perder peso com outros processos terapêutico e apresentam IMC maior que 40 kg/m² ou IMC maior que 35 kg/m² associado a comorbidade (hipertensão arterial sistêmica, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, apnéia do sono, dislipidemia, colicistopatia calculosa, problemas osteoarticulares. Porém em algumas condições são contra- indicadas a cirurgia como: distúrbios psiquiátricos, ou outras patologias que contra- indiquem cirurgias de grande porte (cirrose hepática, cardiopatia, pneumopatia, insuficiência renal crônica e outras) (SANCHES et al., 2007).

A obesidade mórbida representa risco iminente à vida, devendo então ser tratada rapidamente. A intervenção cirurgia é o melhor tratamento, pois é o único método a longo prazo que traz resultados significantes no tratamento, melhorando a qualidade de vida, como também o tempo de vida do obeso, resolvendo os problemas de ordem física e psicossocial que o excesso de peso acarreta (COSTA et al., 2009).

Gastroplastia

É um processo cirúrgico que reduz o volume de ingesta total do paciente (com restrição mecânica gástrica provocando sensação da saciedade precoce) e/ou absorção total ou seletiva do conteúdo alimentar ingerido (FERNANDES et al., 2001).

Esse procedimento não significa remover o tecido adiposo por sucção ou excisão, visa reduzir o reservatório gástrico, diminuindo assim a sua capacidade, associando ou não métodos que provocam diminuição na absorção dos nutrientes (BRUNNER et al., 2002).

Técnicas cirúrgicas:

- Restritivas;
- Disabsortivas;
- Cirurgia combinadas.

Técnica restritiva

A técnica restritiva é aquela que determina a quantidade de alimentos ingeridos pelo paciente, pode ser: a gastroplastia vertical com bandagem, foi desenvolvida em 1982 por Mason, que consiste clampar uma porção do estômago através de uma sutura, Resultando em diminuição importante do reservatório gástrico. A utilização de um anel de contenção resulta em um esvaziamento mais lento "pequeno estômago". Este procedimento apresenta uma alta incidência de recidiva após 10 anos, motivo pelo qual vem sendo abandonada mundialmente (SEGAL; FANDIÑO, 2002). E a Lap Band que é uma cirurgia recente, que consiste na implantação de uma banda regulável na porção superior do estômago, o princípio da cirurgia é semelhante a cirurgia de Mason, porém feita por videolaparoscopia.

Técnica disabsortiva

A técnica disabsortiva ou derivação biliopancreática chamada de Scopinaro: é a técnica cirúrgica que modifica a anatomia do trato digestivo impedindo absorção de grande parte do alimento consumido, porém ela não restringe a quantidade do mesmo, já que não há diminuição significativa do estômago, ocorre um grande desvio de alimento, que vai para o intestino grosso sem ser absorvido.

Técnica combinada

As técnicas combinadas ou gastroplastia vertical com by/ pass em y de Roux, denominada Capella ou Fobi- Capella: são procedimentos realizados a partir da combinação das técnicas restritivas e disabsortivas. Esta cirurgia está sendo a mais utilizada pelos cirurgiões, por sua morbimortalidade e eficácia, limitando quantidade de alimentos ingeridos, quanto a parte de absorção do mesmo (LEMOS, 2006).

Segundo a Sociedade Espanhola de Cirurgia da Obesidade (2006), os risco de complicações, são operatórios, pós-operatório e a longo prazo. Toda cirurgia de bariátrica é considerada uma intervenção grande porte, significando que o paciente não está isentos das complicações. O risco da mortalidade é de 1-2%.

A finalidade deste estudo é identificar as principais complicações no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica e os cuidados intensivos para prevenção destas complicações.

OBJETIVOS

Identificar os cuidados intensivos em pacientes submetidos a Cirurgia Bariátrica, durante o Período Pós-Operatório Imediato, mensurar qualitativamente a qualidade de vida e suas complicações.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo, método que diz respeito ao levantamento de relevância científica, já publicada, servindo de embasamento para investigação referente ao estudo proposto.

Essa revisão trata-se de uma produção científica brasileira sobre cuidados intensivos no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica. As palavras chaves na estratégia de busca foram obesidade, cuidados intensivos, cirurgia bariátrica, gastroplastia e pós-operatório imediato.

A busca dos artigos científicos foi realizada por meio de consulta ao site do SCIELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS/BIREME (Leitura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e livros (Biblioteca da Universidade Pública). Obteve-se uma amostra de 19 artigos científicos baseada nos seguintes critérios de seleção: estudos obtidos na íntegra, em português, publicados no período de 2000 a 2011.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da revisão da literatura, análise dos resultados foi apresentado de forma a conhecer os cuidados intensivos no período pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica, onde a assistência de enfermagem está voltada para os cuidados das possíveis complicações causadas pela imobilização no pós-operatório. Estes cuidados desempenham um papel decisivo na chance de sobrevivência dos pacientes que estão gravemente doentes ou foram submetidos a cirurgia de grande porte. O objetivo da UTI é recuperar ou manter as funções fisiológicas do paciente.

A complicação mais comum em um pós-operatório imediato de bariátrica é a infecção da ferida, que ocorre devido ao suprimento inadequado de tecido adiposo, e outros fatores que contribuem para infecção são: excesso de umidade na pele, acúmulo de bactéria nas dobras cutâneas próximo a ferida e deiscência da sutura. Mas um dos maiores riscos de complicações que um paciente com obesidade mórbida pode apresentar, são as complicações causadas devido a imobilização no pós-operatório, que são: trombose venosa profunda (TVP), trombo embolismo pulmonar (TEP), insuficiência respiratória, e integridade cutânea prejudicada (úlceras de pressão) (APPOLIMARIO et al., 2006).

Outra complicação é a rabdomiólise que é rara no pós-operatório de bariátrica, causada pela compressão prolongada dos músculos durante a cirurgia. Os fatores de risco são o tempo de cirurgia e a posição do paciente durante a cirurgia (SANCHES et al., 2007).

Segundo Barth e Jenson, 2006, está sendo muito comum os pacientes que se submetem a cirurgia bariátrica serem admitido na Unidade de Terapia Intensiva para fazer o pós-operatório, devido apresentarem comorbidades como apnéia do sono, asma, congestão cardíaca, os cuidados intensivos estão voltados para o cuidado com vias aérea, respiração e circulação e além dos cuidados individualizados.

Fisiopatologia do Sistema Respiratório

O paciente com obesidade mórbida geralmente apresenta doença pulmonar restritiva devido ao maior volume de sangue pulmonar e a espessura da parede torácica, onde há resistências nas vias aéreas superiores, posição anormal do diafragma e aumento na produção de CO₂ (SANCHES, 2007).

A cirurgia apresenta alteração tóraco-abdominais por dor ou inibição reflexa devido a incisão ser realizada acima da cicatriz umbilical, onde a incidência das complicações pulmonares são maiores do que as incisões realizadas abaixo da cicatriz. Isso ocorre pela perda da integridade da musculatura abdominal e a diminuição da força de contração (DELGADO et al., 2011).

Esses pacientes por apresentarem aumento de gordura na cavidade abdominal, apresenta diminuição da complacência da parede torácica e redução dos volumes pulmonares, onde ocorre a diminuição da expansibilidade torácica e tendência ao aparecimento da hipoventilação (FEITOSA, 2010).

As complicações pulmonares no pós-operatório de cirurgia bariátrica são a pneumonia, a atelectasia, infecção traqueobrônquica,

insuficiência respiratória aguda, ventilação mecânica e/ou intubação orotraqueal prolongadas e broncoespasmo.

A ocorrência destas complicações está relacionada a fatores de risco pré-operatório, que são: a idade avançada, presença de doença pulmonar previa ou outra doença clínica, tabagismo, desnutrição tipo de anestesia, tempo cirúrgico e técnica cirúrgica empregada, valores espirométrico anormal, capacidade diminuída ao exercício e tempo de internação pré-operatória prolongada (PAISANI et al., 2005).

Cuidados intensivos

Segundo Cruz (2002), o enfermeiro que atua na unidade de tratamento intensivo, desempenha funções de grande responsabilidade dentro da equipe multiprofissional, devendo estar atento a todos os sinais que possam indicar possíveis anormalidades, visando evitar que ocorra iatrogenia e/ou retorno do paciente ao centro cirúrgico.

A conduta do enfermeiro deve estar relacionada com a promoção da saúde e prevenção dos agravos, danos e suas ações voltados para resolução de problemas, que podem ser visualizadas mediante a uma assistência integral.

Os cuidados intensivos descritos a seguir, são baseados na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), onde serão feitos o diagnóstico de Enfermagem e a prescrição de Enfermagem. Essa assistência prestada ao paciente tem como objetivo de garantir atendimento avaliando a necessidade individual de cada um.

Diagnóstico de Enfermagem: Padrão respiratório ineficaz, caracterizado pelo uso da musculatura acessória para respirar, relacionado a obesidade.

Prescrição de Enfermagem:

Os cuidados intensivos a serem prestados nestas complicações são a fisioterapia pulmonar por pressão positiva (CPAP) que tem a função de restaurar a capacidade funcional residual, aumentando a oxigenação. Além da fisioterapia pulmonar a posição fowler 45% ajuda a melhorar a respiração, pois mantém nesta posição ocorre o aumento da pressão arterial de oxigênio (PAO₂), volume corrente (VC) e redução na frequência respiratória (SANCHES et al., 2007).

- Deve-se também observar a mudança na coloração da pele e mucosas, qualquer alteração da cor pode indicar diminuição das

funções pulmonares causando redução dos níveis de oxigênio no sangue;

- Monitorizar a saturação de oxigênio no sangue através de oximetria de pulso;
- Realizar ausculta pulmonar a fim de verificar as condições de ruídos respiratório;
- Estimular o paciente a tossir e inspirar profundamente, pois a tosse ajuda na expectoração e a inspiração favorece a troca gasosa;
- Observar a coloração e a característica das secreções pulmonares;
- Incentivar o paciente a realizar exercícios com respiron;
- Ensinar o paciente a colocar o travesseiro sob o abdome para tossir, isso ajuda a proporcionar conforto ao paciente;
- Estimular mudança de decúbito.

Sistema circulatório

A obesidade com IMC > 40 Kg/m² é um fator de risco para eventos trombóticos, tendo como causa trombose venosa profunda (TVP) que são trombos localizados no sistema venoso profundo, as veias acometidas são as dos MMII (ilíacas e femorais) e o trombo embolismo pulmonar (TEP) que é a principal complicação, onde consiste na obstrução aguda da circulação arterial pulmonar pela instalação de coágulos sanguíneos, com diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo pulmonar para a área afetada, ocorrem em cerca de 2% a 4% dos pacientes que submeteram a cirurgia disabsortivas, com mortalidade de 25% a 67% dos que desenvolvem embolia pulmonar (SANCHES et al., 2007; ALVARES et al., 2003).

Diagnóstico de Enfermagem: Mobilidade no leito prejudicada, caracterizada pela capacidade prejudicada para virar- se de um lado para outro, relacionado a obesidade.

Prescrição de Enfermagem

- Monitorizar sinais vitais (SSVV) h/h nas primeiras 4h, se caso esteja estáveis verificar de 4/4h ou conforme a rotina, observar temperatura, frequência respiratória, frequência cardíaca e pressão arterial, tem como objetivo identificar as condições de saúde do paciente;

- Usar manguito de acordo com a circunferência do braço para prevenir a falsa leitura pressórica;
- Em caso de TEP, instalar oxigênio suplementar e monitorizar gasometria arterial;
- Administrar terapia anticoagulante conforme a prescrição médica;
- Utilizar meias elásticas e estimular a flexão e extensão dos pés, isto ajuda a facilitar o retorno venoso e prevenir as complicações como TVP e TEP;
- Realizar rodízio subcutâneo quando for administrar terapia anticoagulante, isto reduz hematoma, dor, reação inflamatória e necrose tecidual;
- Atentar a sinais de trombose, que estão relacionados a dor na região de dorso flexão dos pés, que ocorre devido a circulação insuficiente.

CONCLUSÃO

O enfermeiro deve proporcionar um cuidado intensivo ao paciente em pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica, buscando prestar uma assistência integral, individualizada e sistematizada, com o objetivo de garantir uma recuperação livre de complicações causadas pela imobilização no pós-operatório.

REFERÊNCIAS

- ALVARES, F. et al. Tromboembolismo pulmonar: diagnóstico e tratamento. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.36, p. 214, abr/dez. 2003.
- ANDER JUNIOR, E. et al. Experiência inicial do serviço de cirurgia bariátrica da Faculdade de Medicina do ABC. **Arq Med ABC** v. 32, n. 1, 2007.
- BARTH, M.M., JEFERSON, C.E. Postoperative Nursing care of Gastric Bypass patients. **American Journal of Critical Care**, v.15, n. 4, jun., 2006.
- BRUNNER, S.C.; SUDDARTH, B.G. **Tratamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 9 ed., 2002.
- BULCHWALD, H, WILLIAMS, SE. Bariatric Surgery Worldwide, 2003. **Obes Surg**. v. 14, n. 9, p. 1157- 64, 2004.

COSTA, A.C.C. et al. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. **Acta Paul Enferm** v. 22, n. 1, p. 55-9, 2009.

CRUZ, J. **Neuro Intesivismo**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002. V.12

DELGADO, P.M.; LUNARDI, A.C. Complicações respiratória pós-operatórias em cirurgia bariátrica: revisão de literatura. **Fisioter Pesqui** v.18, n. 4, oct./dec.2011.

FANDIÑO, J. et al. Cirurgia bariátrica: aspectos clínicos- cirúrgicos e psiquiátricos. **Rev Psiquiatr Rio Grande do Sul** v.26, n. 1, p. 47, jan./apr, 2004.

FEITOSA, P.H.R. Complicações respiratória da obesidade. **Brasília Med** v. 47, n. 1, 2010.

FERNANDES, L.C.; PUCCA, L.; MATOS, D. **Tratamento cirúrgico da obesidade**. Jornal Brasileiro de Medicina, pág.44-49, 2001.

LEMOS, M.C.M. Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no município de Cascavel/ PR. **Arq Ciênc Saúde Unimar**, Umuarama, v.10, n.3, p. 155-63, set/dez. 2006.

MOOCK, M. et al. O impacto da obesidade no tratamento intensivo e adulto. **Rev Bras Ter Intensiva** v. 22, n. 2, p. 134, apr./june, 2010.

NORTH AMERICAN NURSING. **Diagnóstico de Enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PAISANI, D.M.; CHIAVEGATO, L.D.; FARESIN, S.M. Volumes e capacidades Pulmonares e Força Muscular Respiratória no pós-operatório de Gastroplastia. **Artigo Original**, São Paulo, p.125-132, fev., 2005.

SANCHES, D.G. Cuidados intensivos para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev Bras Ter Intensivo** v. 19, n. 2, p. 206, apr./june, 2007.

SEGAL, A.; FANDIÑO J. Indicações e contra indicações para realização das operações bariátricas. **Rev Bras Psiquiatr** São Paulo v. 24, supl 3, dez., 2002.

SOCIEDADE ESPANHOLA DE CIRURGIA DE OBESIDADE. Disponível em: <<http://www.seco.org/razonesyriesgos.php?op=5>>. Acesso em 03/12/04.

Enviado em: maio de 2013

Revisado e Aceito: julho de 2013

**REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER AO
PACIENTE E SEUS FAMILIARES
DISCLOSURE OF CANCER DIAGNOSIS TO PATIENTS AND
THEIR RELATIVES**

VIVIAN SOARES DA SILVA¹
LUDMILA DE MOURA²

RESUMO: A comunicação entre médico e paciente ainda é uma realidade distante do que deveria ser considerado o correto. O presente artigo trata-se de um estudo de revisão de literatura com busca em revistas eletrônicas que retratam as dificuldades do processo de comunicação entre os profissionais de saúde junto ao paciente e seus familiares no momento da revelação do diagnóstico de câncer. O objetivo é descrever a importância e as dificuldades de comunicação, neste momento crucial onde os pacientes vivenciam diversos tipos de sentimentos. Diante as dificuldades encontradas relacionadas à transmissão de má notícia como a revelação do diagnóstico de câncer a comunicação é o fator essencial para adesão do tratamento estabelecendo assim o vínculo entre médico-paciente. Fazem-se necessárias mudanças na graduação médica devendo haver a incorporação de estudos no que se diz respeito à comunicação, de que forma lidar, comunicar-se com seus pacientes para que tenham intervenção eficaz e praticas de humanização e que juntos possam decidir o melhor tratamento a seguir.

Palavras-chave: Câncer, revelação do diagnóstico, dificuldade de comunicação e importância da comunicação.

ABSTRACT: Communication between doctor and patient is still a distant reality that should be considered appropriate. The present article is a literature review from electronic journals that retract the difficulties of communication process involving health professionals, patients and their relatives at the moment of cancer diagnosis disclosure. The purpose of this study is to describe the importance and difficulties of communication

¹Aluna do curso de Pós-Graduação em Oncologia Multidisciplinar Maxpos/MS/Dourados. Rua José Gino dos Santos, 75 Parque dos Girassois Presidente Prudente/SP. CEP. 19.062-319, Brasil. vivian.ssoares@hotmail.com

²Psicóloga, Mestre em Saúde Mental pela-Universidade de São Paulo/SP, Professora do Curso de Pós-Graduação em Oncologia Multidisciplinar pela Maxpos/MS

at this crucial moment on which patients go through many feelings. Faced with those difficulties, the communication is the main factor in treatment adherence and thus establishing an important connection between doctor and patient. Changes are necessary on medical undergraduate course to improve that communication. Improving communication abilities and doctors' management communications with their patients to obtain effective intervention and more humanized practices are needs. Thereby all one can decide the best treatment it will follow.

Key-words: Cancer, diagnosis disclosure, difficulty and importance of communication

INTRODUÇÃO

Transmitir más notícias é tarefa difícil tanto para o profissional de saúde que transmite quanto à pessoa que recebe. Quase sempre as más notícias estão relacionadas com doenças graves e a morte, em especial o câncer que é rotulado como ameaça á vida. Diante situações de más notícias o profissional experimenta o medo e a sensação de fracasso, uma vez que ele foi formado para cuidar e ajudar no processo de salvar vidas. Talvez seja por estes fatores que os profissionais se deparam com as dificuldades de se comunicar, ainda mais quando o assunto trata de oncologia, doença que carrega o estigma de morte (PEREIRA, 2005).

A comunicação entre médico-paciente é um dos problemas presente na prática médica, sendo preciso que haja intervenções na formação médica para que o profissional trate não só a doença, mas a pessoa do doente. A dificuldade de comunicação entre médico-doente diante da revelação do diagnóstico de câncer gera ansiedade não só ao paciente como também para o médico. O despreparo em comunicar-se com seus pacientes pode trazer conseqüências negativas que desfavoreçam a qualidade do tratamento ao longo do percurso percorrido pelo doente (SILVA et al., 2011).

Diante da revelação de câncer, uma doença temida, vista como incurável associada ao sofrimento e vista como sentença de morte a comunicação deve ser realizada de forma clara, segura e compreensiva, em local tranquilo, onde o paciente possa receber a notícia e expressar os mais diferentes sentimentos, pois pode provocar ações e reações diferentes em cada indivíduo. Sabe-se que, é cada vez mais freqüente o enfermeiro transmitir este tipo de notícia sendo ele a pessoa mais próxima ao paciente no seu dia a dia (SILVA; ZAGO, 2005).

Conforme Fontes e Alvim (1990) retratam a importância do diálogo da enfermeira junto ao paciente diante do impacto da revelação do diagnóstico de câncer, neste momento crucial pacientes podem vir a expressar sentimentos de revolta, raiva, ansiedade, tristeza, incertezas, medo das transformações que possa ocorrer com sua imagem corporal, medo da morte, modificações em seu estilo de vida e dos familiares. É através da comunicação que a enfermeira estabelece uma relação de ajuda criando um vínculo de confiança, facilitando o processo de aceitação da doença e do tratamento impedindo outras complicações.

Sabe-se que é de responsabilidade médica informar o paciente sobre seu diagnóstico, formas de tratamentos e reações adversas que podem ocorrer. Quando se trata de câncer os médicos e outros profissionais da área da saúde apresentam dificuldades de comunicar-se com seus pacientes e familiares. Esta falha de comunicação pode acarretar sentimento de isolamento. É preciso que o profissional lide com a verdade, um diagnóstico como câncer é preciso que seja dado com cautela para que o mesmo possa entender, e absorver aos poucos aquilo que está sendo transmitido (GOMES et al., 2008).

Segundo Cavalcanti (2005), o medo das possíveis reações apresentadas pelo paciente diante da confirmação do câncer, faz com que os profissionais acabem adiando este processo de revelação, uma vez que a comunicação do diagnóstico traz mudanças vista de formas negativas. É de extrema importância que o profissional responsável em transmitir a notícia esteja integrado a uma equipe multidisciplinar, para que possa estar encaminhado este paciente aos diferentes profissionais envolvidos neste processo. Cabe a este profissional saber quando, onde, como e quanto de informações deve ser fornecido, sendo necessário um ambiente tranquilo para que o paciente possa expressar suas emoções; fornecer as informações aos poucos de maneira que possa compreender e observar se ele encontra-se preparado ou não para receber a notícia.

Tornam-se cada vez mais necessárias intervenções que possam ajudar os profissionais de saúde a comunicar-se melhor com seus pacientes diante de más notícias. Daí a importância do trabalho multidisciplinar, em especial à presença do psicólogo no momento da revelação do diagnóstico de câncer, designando a ele atribuições que é de sua competência. Deve haver assim abertura da inclusão de outros profissionais capacitados, tirando a figura paternalista de que o médico tudo sabe e resolve dando a ele o lugar de reverência (IGNACIO; FAVARIN, 2010).

Mesmo diante do diagnóstico de câncer, doença temida por tantos que traz o estigma de morte, pacientes ainda assim querem ser informados sobre sua real condição clínica, para que juntos possam decidir qual a melhor forma de tratamento a seguir. A figura do profissional mesmo despreparado no que se refere à dificuldade de comunicação, ainda assim é a pessoa em quem os pacientes e seus familiares procuram respostas e conforto, e o despreparo faz com que muitos omitam informações acerca do diagnóstico, tornando o vínculo médico-doente cada vez mais distante. (REDE CÂNCER, 2009).

“A informação do diagnóstico consolida os direitos e os deveres que devem existir na relação médico-paciente, que promove segurança e garante ao paciente o direito de exercer sua autonomia de modo consciente” (TRINDADE et al., 2007, p. 5)

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura, realizado no período de Outubro de 2010 a outubro de 2011. Foram realizadas busca de artigos científicos em revistas eletrônicas em bancos de dados do Scielo, e diferentes sites prevalecendo os últimos sete anos (2004-2011), caracterizando ao todo 20 artigos científicos para que o estudo fosse realizado.

As buscas realizadas nos bancos de dados deram-se através de palavras-chaves: Câncer, revelação do diagnóstico, dificuldade de comunicação e importância da comunicação.

Os critérios de inclusão para que o estudo fosse realizado foram através dos artigos com abordagem referente ao processo de comunicação diante a revelação do momento do diagnóstico de câncer, dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde em comunicar-se com seu cliente diante deste momento e a importância da comunicação entre médico-paciente mediante a confirmação do diagnóstico.

Foram excluídos os artigos que não mencionava a comunicação e as dificuldades encontradas pelos profissionais em quaisquer momentos, onde somente abordavam a doença em si, seus fatores, complicações decorrente da doença, característica, formas de tratamento e tipos de câncer.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As dificuldades de comunicação estão presentes não somente na classe médica como em todas as áreas da saúde. Em especial o médico que em sua formação não é preparado para lidar com humanização. A grade curricular não está voltada à filosofia humana, o graduando é formado a lidar com a doença e não com o paciente, agindo assim de forma mecânica não havendo possibilidade de relacionando entre si, portanto a boa comunicação torna-se imprescindível na qualidade do tratamento.

A comunicação ou a falta de comunicação entre médicos e paciente é um problema constante, a relação interpessoal é inexistente diante a realidade a ser vista. O despreparo médico em comunicar-se com seus pacientes faz que muitos se deparem com dificuldades no momento de revelar doenças graves como câncer, transmitir más notícias querer habilidades do profissional devendo levar em consideração elementos básicos como saber: quando, como e quanto de notícias será transmitido. Diante das dificuldades de comunicação, médicos omitem aos seus pacientes sobre suas verdadeiras condições clínicas, podendo acarretar não adesão ao tratamento por parte de seus pacientes.

Dificuldades de comunicação entre profissionais de saúde/médico-paciente diante de revelação de doenças graves como câncer

A dificuldade de comunicação gerada pelo despreparo médico está presente em todas as circunstâncias seja no momento da revelação do diagnóstico como nos atendimentos ambulatoriais de forma geral, causando desconforto não só ao profissional que transmite a notícia quanto no paciente que recebe. O despreparo médico em comunicar-se com seus pacientes pode acarretar conseqüências negativas desfavorecendo na qualidade do tratamento a ser seguido, tendo em vista que o médico foi preparado á lidar com a doença e a cura e não em estabelecer habilidades de comunicação com seus clientes, conseqüência esta que acaba refletindo na qualidade do tratamento (SILVA et al., 2011).

Conforme Rossi e Batista (2006), o despreparo médico faz com que muitos vejam a comunicação apenas como meio de chegar ao diagnóstico e levantamento de dados. Comunicar é não somente falar, mas saber ouvir, fazer com que ambas as partes sejam compreendidas. A falha deste processo de comunicação entre médicos e pacientes está

ligada diretamente à graduação médica, não constando carga horária do currículo para este aprendizado, direcionando apenas para aspectos biológicos e tecnológicos. Apenas em países desenvolvidos como o Canadá que esta prática é exercida na graduação médica.

As dificuldades de revelar o diagnóstico de câncer, que é rotulado como sentença de morte, está presente em todas as áreas da saúde, sendo cada vez mais constante que além do médico, enfermeiros veem desempenhando o papel de transmitir más notícias. Acredita-se que ele seja a pessoa mais hábil em transmitir este tipo de notícias por estar mais próxima no dia a dia. Este profissional também se depara com as dificuldades de comunicar mesmo estando próximo, por tanto é necessário que o paciente seja assistido por uma equipe multidisciplinar para que receba apoio em diversas áreas e que juntos possam interagir proporcionando melhorias da qualidade de vidas destes pacientes (SILVA; ZAGO, 2005).

Importância da comunicação junto ao paciente diante do diagnóstico de doenças como o câncer.

A comunicação é um processo que envolve trocas de informações entre as pessoas, é através dela que o ser humano estabelece vínculos com o mundo e as pessoas ao redor, uma vez que haja falha neste veículo que chamamos de comunicação, a relação interpessoal torna-se prejudicada não havendo, portanto qualquer tipo de relação entre si. A importância da comunicação reflete não somente nos aspectos biológicos do paciente, como no lado emocional deixando mais confiante o paciente e toda sua família no decorrer do tratamento.

A importância de uma comunicação franca é fundamental para estreitar laços entre médico-paciente, através da comunicação podem-se transmitir notícias boas como ruins resultando em consequências que podem melhorar ou piorar a uma situação. É imprescindível que o profissional haja com ética não cometendo negligências e imprudência diante da revelação de doenças graves com mau prognóstico que acarretam mudanças em seu estilo de vida.

Comunicação é um processo de trocas, é comunicar, saber ouvir, entender e fazer que ambas as partes compreendam aquilo que está sendo transmitido. Se não houver uma boa comunicação, não é possível obter um tratamento satisfatório que deem resultados positivos daí a importância do diálogo. Através de afinidades do diálogo entre profissionais e seus clientes é que é possível decidirem a melhor forma de tratamento a seguir.

É importante que haja aprimoramento do diálogo através de programas de treinamentos aos profissionais de saúde para haver eficácia na comunicação. É indispensável que a equipe multiprofissional aja com ética frente ao paciente assistido, querer cuidados na hora de revelar diagnóstico seja câncer ou qualquer outra moléstia grave. Ele deve conhecer o paciente para saber se se encontra preparado para receber a notícia, o quanto de informações ele deseja saber, se possui algum tipo de conhecimento sobre sua doença e proporcionar suporte às emoções expressas pelo paciente (GRINBERG, 2010).

O uso de protocolo como SPIKES utilizado na oncologia favorece a comunicação diante da transmissão de más notícias. O médico segue um roteiro que possibilita uma boa comunicação, iniciando a discussão daquilo que será transmitido estreitando assim o vínculo entre médicos e pacientes com câncer. Através deste protocolo os médicos podem avaliar qual a melhor forma de transmitir a notícia, planejar entrevista com antecedência, avaliar a percepção do paciente, oferecendo informações a cerca da doença e abordar as emoções expressas por ele. Transmitir más notícias implica em mudanças no estilo de vida podendo ser dramáticas aos pacientes (LINO et al., 2011).

A comunicação é o principal veículo no cuidado em oncologia. É um aspecto importante para pacientes e seus familiares diante o diagnóstico de câncer: provoca diferentes reações físicas e psicológicas, através da confiança estabelecida facilita adesão ao tratamento proporcionando interações terapêuticas eficazes. É preciso que haja estudos e treinamentos voltados aos profissionais para que possam se comunicar de forma adequada com sua clientela. Sabe-se que as diferenças sociais e culturais também podem interferir no processo de comunicação dificultando assim o relacionamento interpessoal entre médico-paciente (CRISTO, ARAUJO, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do estudo realizado pode-se observar que mesmo com avanços da medicina, com o uso de técnicas modernas, a comunicação ainda é o veículo chave para o sucesso do tratamento, para que se possam obter resultados positivos e por vez melhorar a auto-estima do paciente.

Quando se tem uma doença com estigma de morte, como é vista pela grande maioria dos pacientes portadores de câncer, que traz junto ansiedades, medos e angústia daí a importância da comunicação transparente, de uma relação de confiança mútua entre pacientes e

profissionais para que possam agir com realismo no decorrer do tratamento, alcançando resultados positivos.

Por fim, a comunicação deve ser exercida de forma mais franca entre médicos e seus pacientes, possibilitando a melhoria na qualidade da relação entre si, devendo ser de maneira clara, compreensiva respeitando os preceitos éticos e legais. O profissional deve agir sempre com a verdade e o paciente leigo de seu prognóstico o que lhe resta é a confiança por ele depositada na equipe de saúde que o acompanha. Confiança se faz com relacionamento interpessoal franco e honesto e somente com a verdade que se pode obter confiança, ainda mais quando sua vida encontra-se em mãos de pessoas desconhecidas.

O despreparo médico em comunicar-se com seus pacientes torna-se ainda mais difícil quando se trata de revelar diagnósticos de doenças como o câncer. Diante desta dificuldade em transmitir este tipo de notícias, muitos profissionais omitem a verdadeira condição clínica do seu paciente. De acordo com estas dificuldades no processo de comunicação entre médico-paciente isto faz com que muitos não aderem ao tratamento.

A ausência do vínculo médico-paciente é algo crescente na prática médica, talvez seja reflexo de sua formação que por sua vez é vista como prática de cura onde se trata a doença e não o paciente, fazendo que muitos profissionais ajam de forma mecânica no seu dia a dia deixando impotente o médico diante da terminalidade e da morte.

São necessários treinamentos voltados aos profissionais de saúde para que possam desenvolver habilidades de comunicar de forma adequada, refletindo em melhores condições de vida e na qualidade da assistência prestada.

Entretanto, fazem-se necessárias mudanças na formação acadêmica da graduação de medicina, para que possa extinguir o estigma que o médico tudo pode, tudo cura. É necessário que haja mudanças curriculares que possam direcionar a comunicação e humanização nos cursos de medicina e estudos direcionados a esta temática, visto que a área de estudo direcionada á comunicação é precária.

Estabelecer vínculo de comunicação entre médico-paciente é de extrema importância para influenciar no desenvolvimento e na qualidade da terapia e somente com interação social entre médicos e pacientes é que se pode obter um bom relacionamento interpessoal, obtendo assim a confiança tanto de seus pacientes como familiares refletindo no bom sucesso do tratamento.

REFERÊNCIAS

ALVIM, N.A.T., FONTES, C.A.S. Importância do diálogo da enfermeira com clientes oncológicos diante do impacto do diagnóstico da doença. **Ciência, cuidado e saúde**, v.7, n.3, 2008. Disponível em ><http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSau-de/article/viewFile/6507/3861>. Acesso em 15 de mar. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Instituto Nacional do Câncer**. Rio de Janeiro. Inca. Disponível em:> http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322. Acesso 08, fev de 2011.

CAPRA, A., FRANCO, A.L.S. **A relação paciente–médico**: para uma humanização da prática médica. Disponível em> <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n3/0505.pdf>. Acesso 14 de mar. 2011.

CAVALCANTI, D.R. Comunicação do diagnóstico de doença grave (câncer) ao paciente: quem? Quando? Como? Por quê? **Pan-American Family Medicine Clinics**, v. 1, 2005. Disponível e m > http://www.apamefa.com/publicacoes/vol012005/-vol012005_Comunicacao_diagnostico.pdf. Acesso em 23 de mar. 2011.

CRISTO, L.M.O.; ARAUJO, T.C.C.F. Comunicação em oncologia: Levantamento de estudos brasileiros. Artigo de revisão: **Brasília médica**, v. 48, n.1, jun., 2011. Disponível em> <http://www.ambr.com.br/rb/arquivos/comunicacaocancer.pdf> Acesso em 30 de out. 2011.

DORÓ, M.P. et al. O câncer e sua representação simbólica. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 24, n. 2. Brasília, jun.2004. Disponível em> http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141498932004000200013&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em 21/04/2011.

GOMES, C.H.R. et al. **Comunicação do diagnóstico de Câncer**: Análise do comportamento médico. Disponível em> http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v02/-pdf/07_artigo4.pdf Acesso em 10 de mar, 2011.

GRINBERG, M. Comunicação em oncologia e bioética. **Revista da associação médica Brasileira**, vol. 56, n. 4. São Paulo. 2010. Disponível em>http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302010000400001&script=sci_arttext . Acesso em 27 de out. 2011.

IGNACIO, M.G.; FAVARIN, R.N. **Más notícias**: uma reflexão acerca da comunicação do diagnóstico de câncer. Sociedade Brasileira de Psico-oncologia, ano VII Ed. 1, jan/fev/mar, 2010. Disponível e m > http://www.sbp.o.org.br/boletinsarquivos/anoviiied1/diagnosticode_cancer.pdf. Acesso em 22 de mar. 2011.

LINO, C.A. et al. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. **Revista Brasileira de educação médica**, v.35, n.1, jan./mar., 2011.

Disponível em > http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022011000100008&script=sci_arttext Acesso em 29 de jul. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1996). **Falando sobre o câncer e seus fatores de risco**. Rio de Janeiro. Disponível em ><http://www.inca.gov.br> > Acesso em 18 de Mar. 2011.

PEREIRA, M.A.G. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. **Texto & contexto-Enfermagem, Florianópolis**, v.14, n. 1, jan/mar. 2005. Disponível em>http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000100004&script=sci_arttext. Acesso em 20 de mar, 2011.

REDE CÂNCER. Médicos têm dificuldades de comunicar notícias graves ao paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, vol. 55, n.2, p.36-38, 2005. Disponível em> http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/2e7c7300420c10eba66aa6ce655ae979/36_social.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em 21/04/2011.

ROSSI, P.S.; BATISTA, N.A. O ensino da comunicação na graduação em medicina – uma abordagem. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.10, n.19, jan/jun. 2006. Disponível em> http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100007 Acesso em 29 de jul. 2001.

SILVA, C.M.G.C.H. et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciênc. saúde coletiva** v. 16, 2011. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000700081&script=sci_arttext. Aceso 31 de mai.2011.

SILVA, S.S. et al. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, vol. 4, n.2. Rio de Janeiro, dez. 2008. Disponível em > http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000200006&lng=en&nrm= Acesso em 21/04/2011.

SILVA, V.C.E.; ZAGO, M.M.F. A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 4. p. 1-9. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000400019&script=sci_abstract. Acesso em 10 de fev. 2011.

SOCIAL: **Médicos têm dificuldades de comunicar notícias graves ao paciente oncológico**. Disponível:>http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/2e7c7300420c10eba66aa6ce655ae979/36_social.pdf?MOD=AJPERES Acesso em 20 de mar, 2011.

TRINDADE, E.S. et al. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 1, jan/fev. 2007. Disponível em >http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000100023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 22 de mar. 2011.

VARELA, D.; JARDIM.C. Guia prático de saúde e bem estar: **Cânceres**. São Paulo: Gold. 2009.

Enviado em: março de 2012

Revisado e Aceito: janeiro de 2013

**INTRODUÇÃO DE CARBOIDRATOS SIMPLES NA DIETA
DE INDIVÍDUOS DIABÉTICOS TIPO I
INTRODUCTION CARBOHYDRATE DIET OF INDIVIDUALS
IN SINGLE TYPE I DIABETES**

ARIANA CRETO DE CARVALHO¹
FABIO BRANCHES XAVIER²

RESUMO: O diabetes melito é uma das doenças crônicas mais prevalentes na atualidade e atinge dimensões epidêmicas em todo o mundo. O estilo de vida atual amplia sua incidência. O diabetes tipo 1 é causado pela destruição das células betas das ilhotas de langerhans do pâncreas, responsáveis pela produção de insulina, inibindo a secreção desta. Alterações do estilo de vida da pessoa portadora de diabetes são indispensáveis, pois podem reduzir em grande parte as doenças associadas. A terapia nutricional deve ser individualizada e fundamental no tratamento para atingir o controle metabólico adequado, dando ênfase na distribuição dos carboidratos. Partindo do princípio que a sacarose não aumenta a glicemia mais que quantidades normocalóricas de amido, não necessitando ser restringidos por pessoas com DM. O objetivo desse trabalho consistiu em uma revisão bibliográfica do conhecimento disponível na literatura científica sobre a introdução do carboidrato simples na alimentação do diabético tipo 1. Os métodos utilizados foram materiais bibliográfico coletado nos livros de maior relevância que tratam do tema, foram incluídos textos publicados por revistas indexadas e bases de dados na língua portuguesa e inglesa, entre aos de 1992 e 2011. Foi observado que o consumo de carboidrato simples pode ser feito por pessoas diabéticas, entretanto, deve ser substituída por outra fonte de carboidrato ou deve ser compensada com doses adicionais de insulina ou outro medicamento hipoglicemiante. Conclui – se para essas novas diretrizes deve ser adotado esses critérios ao se liberar o uso de açúcar na dieta de indivíduos diabéticos.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, nutrição e carboidratos.

¹Bacharel em Nutrição. Discente do Programa de Pós-Graduação em Terapia Nutricional, Nutrição Clínica e Fitoterápicos da UNINGÁ/MAXPÓS/Dourados-MS (ALUNOS) email: ariannanutri@hotmail.com

²Bacharel em Nutrição. Mestre em Doenças Tropicais. Coordenador de Graduação e do Programa de Pós-graduação em Nutrição da UNINGÁ. (PROFESSOR)

ABSTRACT: Diabetes mellitus is a chronic disease more prevalent today and reaches epidemic proportions all over the world. The current lifestyle increases its incidence. Type 1 diabetes caused by the destruction of beta cells of the islets of Langerhans of the pancreas responsible for insulin production by inhibiting the secretion of this. Changes in the lifestyle of the person with diabetes is essential because it can greatly reduce the associated diseases. Nutritional therapy should be individualized and essential in the treatment to achieve adequate metabolic control, with emphasis on the distribution of carbohydrates. Assuming that sucrose does not increase glycemia more than normocaloric amounts of starch, need not be restricted by people with diabetes. The aim of this study consisted of a literature review of knowledge available in scientific literature on the introduction of simple carbohydrates in the diet of type 1 diabetes. The methods used were collected in the bibliography of books dealing with the most relevant subject were included texts published by reviewed journals and data bases in Portuguese and English, between the 1992 and 2011. It was observed that the consumption of simple carbohydrates can be done by people with diabetes however, should be replaced by another carbohydrate source or must be compensated with additional doses of insulin or other hypoglycemic medication. In conclusion – to these new guidelines should be adopted to these criteria to release the use of sugar in the diet of diabetics.

Key-words: Diabetes Mellitus; nutrition and Carbohydrates.

INTRODUÇÃO

O grande desafio atual dos profissionais e das políticas públicas de saúde é o combate às doenças crônicas. Tais doenças interferem na qualidade de vida do ser humano, devido a fatores do ambiente em que vive (alteração no estilo de vida das sociedades, nutrição inadequada, sedentarismo, uso indevido de medicamentos) e na expectativa de vida (SBD, 2009b; VITOLO, 2008).

O DM é dividido em quatro tipos, sendo elas: DM tipo 1, que se manifesta por uma destruição das células beta pancreáticas com conseqüente deficiência de insulina; DM tipo 2, se caracteriza por duas deficiências primárias: resistência a insulina (sensibilidade tecidual diminuída para insulina) e função deficiente das células β (liberação de insulina inadequada ou retardada); outros tipos específicos de DM, cujos defeitos ou processos causadores podem ser identificados e caracterizados por defeitos na secreção de insulina e Diabetes

Gestacional, trata-se de qualquer intolerância à glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação (SBD, 2009b; SHILS et al., 2009; COTRAN; ROBBINS, 1996).

A AMERICAM DIABETES ASSOCIATION, 2007 diz que o Diabetes Melito (DM) são alterações metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante de defeitos na secreção de insulina, na ação da insulina ou as duas coisas. A hiperglicemia crônica esta associada com prejuízos a longo prazo principalmente nos olhos, rins, nervos, coração e artérias.

É uma das doenças crônicas mais prevalentes na atualidade e atinge proporções epidêmicas em todo o mundo. Estima-se que, em 2025, existirão 334 milhões de pessoas, entre 20 e 79 anos portadores de diabetes no mundo, e que dois terços dessas pessoas são de países em desenvolvimento, nos quais a epidemia é mais intensa e afeta pessoas cada vez mais jovens (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2003, SOCIEDADE BRASILEIRA de DIABETES (SBD), 2007).

Alterações no estilo de vida dos pacientes portadores de DM Tipo 1 e DM Tipo 2 são imprescindíveis, pois podem minimizar em grande porcentagem a progressão da doença. A união entre uma alimentação saudável e a prática de atividade física traz como resultados: uma melhora na sensibilidade à insulina, diminuição dos níveis plasmáticos de glicose, diminuição da circunferência abdominal e gordura visceral, redução de peso, também melhorando o perfil metabólico com redução nos níveis de colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL-C), triglicerídeos e aumento de colesterol de lipoproteína de alta densidade (HDL-C) (SBD, 2009b).

O Diabetes melito tipo 1 (DM1), forma presente em 5%-10% dos casos, é o resultado de uma destruição das células beta pancreáticas com consequente deficiência de insulina. Na maioria dos casos essa destruição das células beta é mediada por auto-imunidade, porém existem casos em que não há evidências de processo auto-imune, sendo, portanto, referida como forma idiopática do DM1. Não é o mais incidente na população do mundo, mas é uma das doenças de maior prevalência na infância e na adolescência sua incidência chega a taxas de 7,6 no Brasil por 100.00 habitantes (SBD, 2006).

A prevenção das complicações crônicas é a principal meta a ser atingida, para isso o controle glicêmico se faz necessário, pois atualmente não há dúvidas de que um tratamento intensivo reduz o aparecimento e a progressão das complicações microvasculares (SBD, 2006).

A terapia nutricional é um componente essencial no controle do

DM. (A avaliação e o diagnóstico nutricional, seguidos de prescrição e orientação nutricional, são iniciados no momento do diagnóstico clínico e acompanhados em todas as fases da vida da pessoa) os instrumentos necessários para a prescrição de uma terapia adequada são a determinações do índice de massa corporal e do perfil metabólico. (VIGGIANO; SILVA, 2009).

O objetivo deste trabalho consiste em uma revisão bibliográfica do conhecimento disponível na literatura científica sobre a introdução do carboidrato simples na alimentação do diabético tipo 1.

Tendo em vista que o percentual de pacientes DM1 tem aumentado ano após ano e que estes pacientes são, na imensa maioria crianças e adolescentes e, portanto, terão que conviver com essa doença ao longo de toda a sua vida (TSCHIEDEL et al., 2008). Sendo uma das doenças mais estudadas dentro da medicina interna. Os avanços na complexidade de sua patogênese, seu diagnóstico, seu tratamento e suas complicações são encontrados em aproximadamente 47 mil trabalhos disponíveis no PubMed (fevereiro, 2011). Esse assunto se justifica há ser realizado devido aos poucos estudos brasileiros sobre o uso de carboidratos simples e a pouca divulgação sobre as descobertas feitas sobre o uso dos carboidratos as profissionais nutricionistas que prescrevem e orientam a educação alimentar aos pacientes.

REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil, os dados sobre a diabetes são escassos. No final da década de 1908, a prevalência de diabetes entre indivíduos de 30 a 70 anos foi de 7,6%. Estudo mais recente indica 12,1%. Estimativas para o Brasil indica que mais de oito milhões de pessoas com mais de 20 anos serão acometidos pelo diabetes mellitus em 2025 (SBD, 2007; MALERBI et al. 1992; TORQUATO et al., 2003).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), nas últimas décadas as doenças crônicas não transmissíveis tornaram-se as principais causas de óbito e incapacidade prematura (DIAS; PANDINI; NUNES et al., 2010).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (2008), a diabetes acomete pessoas de todas as idades e apresenta distribuição mundial com alta prevalência junto às populações. Caracteriza-se pela gravidade e cronicidade com que afeta os organismos em sua capacidade para metabolizar e conservar o açúcar no sangue, ou ainda metabolizar a glicose em energia.

Em 2003 a Sociedade Brasileira de Diabetes já considerava o

diabetes um problema de importância crescente em saúde pública, pois sua incidência e prevalência estavam aumentando, alcançando proporções epidêmicas. Acarretando o aumento dos custos para o seu controle metabólico e tratamento de suas complicações.

Entre as diferentes formas de diabetes *mellitus* estão diabetes tipo I, a tipo II e a diabetes gestacional, todas com graves complicações para a saúde dos indivíduos portadores de tal enfermidade (MAIA, 2002).

A alta prevalência das diferentes formas de diabetes ao redor do mundo se traduz em dor e sofrimento para os pacientes e para os familiares, além de perdas econômicas para o Estado. Grande parte dos portadores de diabetes desconhece possuir a doença e não se trata, bem como parcela considerável dos pacientes já diagnosticados não realizam tratamento nem seguem os cuidados básicos responsáveis por melhorar a qualidade de vida e diminuir os índices de mortalidade (MAIA, 2002).

As conseqüências do DM a longo prazo vão de alterações micro e macrovasculares que levam a disfunção de vários órgãos até a falência. As complicações crônicas incluem a nefropatia, com possível evolução para insuficiência renal, retinopatia, úlceras nos pés, amputações incluindo disfunção sexual (SBD, 2003).

As porcentagens de mortalidade em pacientes com diabetes ainda são 2 a 5 vezes mais altas do que a população em geral de muitas melhoras recentes no tratamento da doença (NISHIMURA et al., 2001).

As manifestações clínicas na infância e na adolescência vão desde a cetoacidose, até uma hiperglicemia pós-prandial, ocorrendo apenas na presença de situações de estresse ou infecções. A desidratação e a desnutrição costumam ser encontradas em pacientes em que a glicose apresente bem alterada, os critérios de diagnóstico (quadro 1) para crianças são os mesmos empregados para adultos, quando estas não apresentam um quadro característicos com poliúria, polidipsia e emagrecimento (SBD, 2006).

Quadro 1 – critérios diagnósticos de diabetes, exceto para gestantes.

Diagnóstico	Critérios
Diabetes	Glicemia em jejum ≥ 126 mg/dl. Ou Sintomas de hiperglicemia e uma glicemia plasmática casual de ≥ 200 mg/dl. Casual é definido como qualquer hora do dia sem considerar o tempo desde a última refeição. Glicemia plasmática de 2 horas ≥ 200 mg/dl . o teste deve ser realizado usando uma carga de glicose contendo 75g de glicose anidra dissolvida em água.

Fonte: ADA. Standards of Medical Care in Diabetes – 2008.

Diabetes Melito tipo I

É definida como uma síndrome de etiologia múltipla decorrente da falta e/ou incapacidade de produção de insulina pelo organismo. A DM1 é conceituada como uma doença auto-imune, uma vez que o organismo identifica as células beta, responsáveis pela produção de insulina no pâncreas, como corpos estranhos e passa a destruí-las levando a uma deficiência absoluta de insulina (HIRATA; HIRATA, 2006; PIMENTA, 2008; SBD, 2005; SESTERHEIN et al., 2007; SILVEIRA et al., 2001).

Mais da metade dos indivíduos com DM1 é diagnosticada antes dos 15 anos. Na maioria dos países ocidentais, a doença é responsável por mais de 90% dos casos de diabetes de crianças e adolescentes, no entanto, eventualmente são registrados casos em indivíduos adultos, configurando a forma que progride lentamente conhecida por LADA do inglês *latent autoimmune diabetes in adults* (doença auto-imune latente em adultos). Inúmeros indivíduos adultos diagnosticados para a diabetes do tipo II são, na verdade, portadores do tipo I LADA. Estatísticas do Ministério da Saúde apontam que pode haver engano em até 10% dos casos de diabetes do tipo II em adultos (BRASIL, 2006; GROSSO et al., 2006).

Com a diminuição de mortes por manifestações agudas do DM1, como a cetoacidose diabética, a prevenção das complicações crônicas passou a ser a principal meta, nesse sentido, o controle glicêmico é necessário, pois atualmente não há dúvidas de que um tratamento intensivo diminui o aparecimento de complicações microvasculares com efeito protetor prolongado (SBD, 2006).

A diabetes tipo I se diferencia da diabetes tipo II na medida em que o organismo acometido não possui mais condições de produzir insulina ou sua capacidade de produção é de tal forma reduzida que não atende as necessidades do corpo. Este fato causa aumento do teor de glicose no sangue e a necessidade da aplicação diária de doses de insulina. Altas taxas de glicose no sangue caracterizam a hiperglicemia e podem trazer como conseqüências para o paciente diversos problemas, tais como microangiopatias, nefropatias, neuropatias, retinopatia entre outros (MARCELINO; CARVALHO, 2005; VANCINI; DE LIRA, 2004).

Terapia nutricional

Para estabelecer as necessidades nutricionais do indivíduo, o primeiro passo é realizar uma avaliação nutricional detalhada, além disso,

a determinação do perfil metabólico é muito importante para o estabelecimento da terapia nutricional do DM (SBD, 2007).

Segundo Shils (2009), a terapia nutricional é fundamental para o controle e cuidado dos pacientes diabéticos. Os objetivos do manejo nutricional para indivíduos portadores de DM são: alcançar e manter níveis fisiológicos de glicose sanguínea o mais próximo possível dos valores de referências considerados normais, por meio do balanço entre a ingestão de alimentos e a insulina (endógena ou exógena), ou com o uso de agentes anti-diabéticos; alcançar e manter o peso corporal adequado; manter os níveis de lipídios plasmáticos adequados; reduzir a probabilidade de complicações específicas do diabetes; consumir uma seleção de nutrientes que promova a saúde; manter as necessidades energéticas adequadas; ingestão de uma dieta rica em fibras e suprir necessidades especiais (suplementos ou outras doenças associadas).

Os carboidratos constituem um dos pilares da alimentação e estes se dividem em carboidratos simples, complexos e refinados. Até pouco tempo o consumo de carboidratos simples era praticamente restrito a pacientes com diabetes *mellito* do tipo I, porém, sabe-se hoje que seu consumo respeitando as quantidades diárias pré-estabelecidas para cada paciente diabético tipo 1 pode ser realizado sem maiores problemas (BARRETO et al., 2005).

Cabe destacar que os carboidratos compõem o grupo de macromoléculas mais abundantes da natureza. Desde a antiguidade os homens conhecem os carboidratos, porém, acreditavam que estes possuíam apenas funções energéticas no organismo, o que não é verdade, como ficou comprovado ao longo do desenvolvimento das ciências. Atualmente sabe-se que os carboidratos têm participação também na sinalização entre as células, colaboram na interação entre diferentes moléculas, além de ações biológicas, estruturais e energéticas. Os carboidratos possuem tal importância que hoje a ciência destina-lhes um ramo especial para estudá-los, a glicobiologia (POMIN; MOURÃO, 2006).

Os carboidratos mais simples possuem de 3 a 7 carbonos em sua estrutura molecular e são chamados de monossacarídeos ou carboidratos simples. Sua fórmula química é $C_6 H_{12} O_6$, e os maiores expoentes são a glicose e a frutose. Entre os dissacarídeos destacam-se a sacarose, a lactose e a maltose. Esses três tipos de carboidratos simples são encontrados nos alimentos e dependendo de seu arranjo molecular podem dar origem a outros tipos de produtos bastante diversos (TOLEDO et al., 2004).

Os monossacarídeos, sobretudo, as hexoses podem se unir em cadeia formando dissacarídeos que contém duas unidades como a sacarose e uma frutose ou uma glicose, ou ainda polissacarídeos que são compostos por grande número de unidades, a citar o amido, o qual possui cerca de 1.400 moléculas de glicose e a celulose que possui de 10 a 15 mil moléculas de glicose. Pomin e Mourão (2006) referendam que apesar dos polissacarídeos serem formados pela mesma glicose, as diferenças estruturais como a presença ou não de ramificações e variações nas ligações entre as unidades, conferem aos polissacarídeos propriedades físico-químicas bastante diversas.

Os carboidratos complexos dizem respeito àqueles que detêm estrutura molecular maior e mais complexa quando se compara com os carboidratos simples. Fazem parte dos carboidratos complexos os polissacarídeos, como o amido e a celulose. Arroz, pão, batata, massa e fibras são exemplos de carboidratos complexos e, devido ao seu tamanho, levam mais tempo para serem digeridos pelo organismo, naturalmente o aumento na taxa glicêmica ocorre vagarosamente (POMIN; MOURÃO, 2006).

Hissa et al. (2004), comentam que antes do advento da insulina, como havia o conceito que indivíduos diabéticos eram incapazes de metabolizar carboidratos, alimentos ricos nesse nutriente eram simplesmente cortados das dietas. Logo após a descoberta da insulina e o início de seu uso, passou-se a preconizar dietas que continham até 1/3 de carboidratos, sendo o restante da ingesta formada por 15 a 20% de proteína e os 50% finais de gordura. Não demorou muito para que fosse identificada como extremamente problemáticas dietas desta natureza, pois a grande quantidade de gordura presente contribuía para o aumento de peso, hiperlipidemia além de aumento da resistência insulínica.

Pelo fato de o diabetes ser diretamente relacionado ao metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, a nutrição desempenha importante papel no seu controle. A terapia insulínica, pela ausência de outros recursos disponíveis, apenas o tratamento dietético viabilizava o controle da doença. Acreditava-se que a restrição de alimentos fonte de carboidratos seria a melhor forma de tratamento, pois melhoraria o controle glicêmico. Observou-se que essa restrição provocava desnutrição grave, conduzindo os indivíduos à morte precoce (LOTENBERG, 2008).

Sousa (2006) referiu que as recomendações nutricionais para os pacientes com diabetes, historicamente basearam-se em pobres conhecimentos científicos, precária experiência clínica e consenso

técnico deficitário, e mesmo com a junção de informações, sempre fora uma atividade extremamente difícil e que ficou marcada mais pelos erros do que por acertos ao longo dos anos. As constantes mudanças preconizadas para a alimentação de pacientes portadores do DM ao correr das décadas podem ser observadas abaixo, na tabela 1, elaborada pela Associação Americana de Diabetes.

Tabela 1 – Perspectiva histórica sobre as Recomendações Nutricionais no Diabetes Mellitus

1921	1950	1971	1986	1994
CHO 20%	CHO 40%	CHO 45%	CHO Até 60%	CHO A
LIP 70%	LIP 40%	LIP 35%	LIP <30%	LIP A, B
PTN 10%	PTN 20%	PTN 20%	PTN 12-20%	PTN 10-20%

Fonte: ADA, 1997 *apud* Sousa, 2006.

A: baseado na avaliação nutricional e nos objetos de tratamento. B: menor que 10% de gordura saturada.

Os autores Barreto et al. (2005) e Hissa et al. (2004), além da SDB (2005), dizem que a partir de 1994 a Associação Americana de Diabetes (ADA), chegou a um consenso sobre o consumo de carboidratos, estabelecendo que, independente destes serem de origem simples ou complexa, podem ser utilizados na alimentação de diabéticos, mesmo para aqueles portadores da forma 1, pois, a metabolização de alimentos ricos em carboidratos é transformada quase que totalmente em glicose, não havendo distinção significativa entre os carboidratos simples ou complexos.

Uma ferramenta que permite maior flexibilidade na escolha dos alimentos e propicia melhor controle glicêmico é a contagem de carboidratos. é uma estratégia que associa o cálculo da quantidade de carboidratos a ser ingerido, com a oferta de uma quantidade adicional de insulina suficiente para minimizar a hiperglicemia pós- prandial (SBD, 2003).

É recomendado o uso de hortaliças, leguminosas, grãos integrais e frutas, que devem ser consumidos dentro do contexto de uma dieta saudável. O açúcar de mesa ou produtos contendo açúcar (fonte de frutose) podem eventualmente ser ingeridos no contexto de um plano alimentar saudável (ADA, 2004).

Como a sacarose não aumenta a glicemia mais que quantidades normocalóricas de amido, sacarose e alimentos contendo sacarose não necessitam ser restringidos por pessoas com DM; entretanto, deve ser substituída por outra fonte de carboidrato ou deve ser compensada com

doses adicionais de insulina ou outro medicamento hipoglicemiante. Adoçantes não - nutritivos são seguros quando consumidos até o nível diário aceitável de ingestão, estabelecido pela Food and Drug Administration (FDA) (FRANZ et al., 2002; GRUNDY et al., 2004).

Segundo Brand et al. (1998) o índice glicêmico dos alimentos pode ser definido como uma variação sistemática da resposta pós – prandial da glicose e da insulina com o consumo de carboidratos. Em quantidades iguais de carboidratos, alimentos com baixo índice glicêmico como produtos lácteos, produziram menor elevação da glicemia em comparação a alimentos com maior índice glicêmico, como o pão e a batata.

Diversos fatores podem influenciar a resposta glicêmica dos alimentos (tabela 2) por isso, as resposta que envolvem o indivíduo e o meio em que ele vive são muito variadas, e os resultados da glicemia podem apresentar divergências. Em relação há essa peculiaridade, diversas críticas são apontadas em relação ao uso do índice glicêmico no controle do diabetes, além de tomar a vida mais complicada para aqueles que tentam adotar estilo de vida mais saudável (MAYER–DAVIS, 2006).

Tabela 2- Fatores que influenciam na resposta glicêmica dos alimentos.

Intrínsecos	Extrínsecos
Aumentos da redação amilose/amilopectina	Fibras insolúveis presentes em grãos
Presença de grãos intactos	Fibras viscosas
Grânulos de amido intactos	Enzimas inibitórias
Amido cru, não hidratado e não gelatinizado	Amido cru
Interações fisiológicas com gordura e proteína	Processamento dos alimentos
Alterações hormonais	Graus de maturação das frutas

Fonte: Lottenberg, 2008.

No diabetes tipo 1, uma ação efetiva no controle da pós prandial é o ajuste da insulina antes da refeição com base na quantidade de carboidratos consumida. Com isso a contagem de carboidratos dos alimentos auxilia pois pode – se fixar as doses de insulina as quantidades de carboidratos na dieta permitindo uma maior flexibilidade nas escolhas alimentares. Sabendo que o balanço entre a ingestão de carboidratos e as doses de insulina determinará a resposta da glicose pós prandial (DIET ASSOC, 1993).

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi elaborada a partir de levantamento bibliográfico, que consiste segundo Lakatos e Marconi (1992), no levantamento de dados já elaborados de variadas fontes, constituído principalmente por livros e artigos científicos e comentam ainda que a pesquisa bibliográfica ou de fontes secundárias trata do levantamento de toda a bibliografia já publicada em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita.

Entre o material bibliográfico coletado encontram-se os livros de maior relevância que tratam do tema, foram incluídos textos publicados na língua portuguesa e inglesa, entre os de 1992 e 2011.

Assim, os principais locais visitados para a coleta de material foram a Biblioteca Central do Centro Universitário da Grande Dourados, Biblioteca da Universidade Federal da Grande Dourados, além de bases de dados virtuais: Scielo Medline, PubMed, bibliotecas digitais das universidades de Campinas –Unicamp e pontifícia universidade católica de São Paulo – PUC.

Foram adotados os termos de base: Diabetes Melito tipo 1, nutrição e carboidratos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora dietas com baixo índice glicídico possam reduzir a glicemia pós-prandial e o perfil lipídico, a capacidade dos indivíduos para manter essas dietas em longo prazo não está bem estabelecida. Não são encontradas evidências suficientes para recomendar o uso de alimentos de baixo índice glicídico como estratégia primária no plano alimentar. E em relação ao efeito do índice glicêmico dos carboidratos, podemos afirmar que a quantidade do carboidrato na refeição ou lanche é mais importante que a fonte ou tipo de carboidrato. (ADA, 2004; KELLEY, 2003; WHO, 2003).

O consumo excessivo de carboidratos está associado principalmente ao acúmulo de gordura corporal, ou seja, o aumento de peso, sendo eles de alto índice glicêmico e carga glicêmica (MOURA; COSTA; NAVARRO, 2007). Já as dietas deficientes de carboidratos podem provocar redução do tecido magro humano, provocando assim uma perda muscular (LOTTENBERG, 2008).

As recentes diretrizes publicadas sobre o tratamento do diabetes refletem uma abordagem mais flexível em relação às intervenções

nutricionais, enfatizando a individualização da dieta, maior variedade de escolha de alimentos ricos em carboidratos e inclusão da atividade física, não fazendo restrição ao consumo de qualquer tipo de carboidrato, sendo apenas que a ingestão mínima deva ser de 130g/dia (ADA, 2008).

O IBGE (2002) e a ADA (2004) evidenciaram inadequação da alimentação em grande parte das crianças e dos adolescentes, por apresentarem baixa ingestão de frutas e hortaliças e grande consumo de alimentos rico em gordura.

E estudo realizado por Gilbertson (2001) no período de um ano observou que crianças diabéticas tiveram uma melhora significativa na hemoglobina glicada com uma dieta com baixo índice glicêmico. Outro estudo realizado por um mesmo período concluiu que a dieta com baixo índice glicêmico não alterou a hemoglobina glicada em diabéticos tipo 2 bem controlados contradizendo estudo anterior.

Após vários estudos clínicos a ADA (2004) e as DRI's observaram que a sacarose poderia ser consumida em substituição a outros tipos de carboidratos.

Franz (2002) ressalta que embora evidências demonstrem que o uso de sacarose não piora a glicemia, o consumo de alimentos ricos em açúcar pode prejudicar outros aspectos, pois na sua maioria são alimentos ricos em lipídeos aumentando o risco de obesidade e consecutivamente doenças cardiovasculares além de terem baixo teor de fibras, vitaminas e minerais.

A ADA (2004) segue a recomendação da OMS que preconiza o consumo máximo de 10% das calorias do carboidrato na forma de sacarose. Recomendando monitorização do consumo, através de contagem de carboidratos ou listas de substituições.

A alimentação adequada não constitui somente um fator no tratamento do DM, mas também na prevenção de doenças. A melhora do controle clínico e metabólico resulta em uma maior sobrevida dos pacientes, essas condutas fazem parte de uma reeducação alimentar, fornecendo informações adicionais para uma boa prescrição dietética para pessoas que necessitam controlar a glicemia em seu tratamento (SBD, 2011; CARVALHO; ALFENAS, 2008; DIAS et al., 2010; CAPRILES; GUERRA-MATIAS; ARÊAS, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar os resultados verificados, conclui se que os carboidratos simples podem ser adicionados a alimentação do diabético

lembrando que é importante ressaltar que os alimentos ricos em carboidratos simples entraram em substituição de outras fontes de carboidratos, utilizando – se dieta balanceadas quanto á composição de nutrientes, ricos em fibras e normocalóricas. Uma preocupação sobre essa adição é que na maioria das vezes, não se adota esses critérios ao se liberar o uso de açúcar na dieta de indivíduos diabéticos. A necessidade de mais estudos sobre essa questão e estudos brasileiros.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Nutrition recommendations and Interventions for Diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. **Diabete Care**, New york, v.31, p. 61-78, supplement 1. 2008.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (ADA): dietary guidance for healthy children ages 2 to 11 years. **J Am Diet Assoc**.v.104, p.660-77. 2004.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). **Standards of Medical Care in Diabetes**. v.33 (Suppl 1), p. 11-61, 2010.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Nutrition principles and recommendations in diabetes. **Diabetes Care**. v.27. Suppl 1, p 36-46. 2004.

BARRETO, S. M. et al. Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial de Saúde. **Revista do Sistema Único de Saúde**, v. 14, n. 1, Jan-Mar de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes mellitus**. Caderno de Atenção Básica, n.16, Brasília – DF, 2006.

CAPRILES, V.D.C.; GUERRA-MATIAS, A.; ARÊAS, J.A.G. Marcador in vitro da resposta glicêmica dos alimentos como ferramenta de auxílio à prescrição e avaliação de dietas. **Rev Nutr** Campinas, v. 22, n. 4, p. 549-57, 2009.

CARVALHO, G.Q.; ALFENAS, R.C.G. Índice Glicêmico: uma abordagem crítica acerca de sua utilização na prevenção e no tratamento de fatores de risco cardiovasculares. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Nutrição e Saúde. Viçosa, MG-Brasil. **Rev Nutr** Campinas,v. 21, n.5, p. 577-587, 2008.

COTRAN, R.; ROBBINS: **Patologia Estrutural e Funcional**.5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 1996.

DIAS, V.M.; PANDINI, J.A.; NUNES, R.R. et al. Influência do índice glicêmico da dieta sobre parâmetros antropométricos e bioquímicos em pacientes com diabetes tipo 1. **Arq Bras Endocrinol Metab**. p. 54-59. 2010. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002a>. Acesso em 21/04/2011.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, **Diabets Atlas**. Executive Summary. Belgium 2003. Disponível em www.idf.org/e-atlas. Acessado em: 06jan. 2012.

FRANZ M.J.; BANTLE J.P.; BEEBE C.A. et al. Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. **Diabetes Care**.v. 25, p. 148-98. 2002.

GILBERTSON H.R.; BRAND-MILLER J.C.; THORBURN A.W. et al. The effect of flexible low glycemic index dietary advice versus measured carbohydrate exchange diets in glycemic control in children with type 1 diabetes. **Diabetes Care**. v.24, p.1137-43. 2001

HIRATA, R.D.C.; HIRATA, M.H. Farmacogenética do tratamento de Diabete Melito. Simpósio de Farmacogenética. **Revista Medicina**, v.39, n.4, p. 554-561, out/dez., 2006.

HISSA, A. S. R. Avaliação do grau de satisfação da contagem de carboidratos em diabetes mellitus tipo 1. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, São Paulo, v. 48, n.3, jun., 2004.

KELLEY D.E. Sugars and starch in the nutritional management of diabetes mellitus. **Am J Clin Nutr**.v.78, p. 858-64. 2003

GRUNDY S.M.; HANSEN B.; SMITH JR. S.C. et al. Clinical management of metabolic syndrome: report of the American Heart Association/National Heart, Lung and Blood Institute/American. **Diabetes Association Conference on Scientific Issues Related to Management**. **Circulation**.v. 109, p. 551-6. 2004.

MARCELINO, D.B.; CARVALHO, M.D.B. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. **Revista de Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n.1, jan./abr., 2005.

MALERBI D.A.; FRANCO L.J. Multicenter study of the prevalence os diabetes mellitus and impaired glucose in the urban Brazilian population aged 30-69yr. **Diabetes Care**. v.15, n.11, p. 1509 -16. 1992.

MOURA, C.M.A.; COSTA, S.A.; NAVARRO, F. Índice Glicêmico e Carga Glicêmica: Aplicabilidade na Prática Clínica do Profissional Nutricionista. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. São Paulo., v.1, n.6, p 01-11. 2007.

MAYER-DAVIS, E.J. Towards understanding of glycaemic index and glycaemic load in habitual diet: associations with measures of glycaemia in the Insulin Resistance Atherosclerosis Study. **Br J Nutr**.v.95, p.397-405, 2006.

NISHIMUR A.R.; LAPORTE, R.E.; DORMAN, J.S. Mortality trends in type 1 diabetes: the allegheny country registry 1965-1999. **Diabetes Care**, New York, v.24, n.5, p. 823-27. 2002.

POMIN, V.H.; MOURÃO, P.A.S. Carboidratos. **Revista Ciência Hoje**, v.39, n.233. Dez., 2006.

SILVEIRA, V.M.F. Uma amostra de pacientes com diabetes tipo 1 no Sul do Brasil. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**, v. 45, n.5. Out., 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tudo sobre a diabetes**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/diabetes/tipos/dm1.php>>. Acesso em 12/fev/2011.

_____. Consenso Brasileiro sobre Diabetes 2002. **Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito tipo 2**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível: <http://www.diabetes.org.br/políticas/>>. Acesso em: 05 jan, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. SBD. **Atualização brasileira sobre diabetes**. Rio de janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/políticas/consensos.php>>. Acesso em: 05 jan,2012.

_____. **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus**. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes. Rio de janeiro: Diagraphic, 2007

_____. **Dados sobre Diabetes Mellitus no Brasil**. São Paulo, SP. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/sala-de-noticias/97-estatisticas/342-dados-sobre-diabetes-mellitus-no-brasil>>, 2009 a. Acesso em: 13 de abril de 2011.

_____. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009**. 3.ed. Itapevi, SP : A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009 b.

_____. **Manual oficial da contagem de carboidratos**. Rio de janeiro: diagraphic editora, 2003.

SOUSA, G. **Uso de Adoçantes e Alimentos Dietéticos por Pessoas Diabéticas**. Dissertação de Mestrado Apresentada à Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP. Ribeirão Preto, 2006.

TORQUATO M.T.; MONTENEGRO J.R.M.; VIANA R.A.; LANNA C.M.; LUCAS J.C. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30 -69 years in Ribeirão Preto, Brazil. **São Paulo Med**. v.121, n. 6, p. 224-30. 2003.

VIGGIANO, C.E.; SILVA, A.L.V. **Diabetes melito tipo 1**. In: AQUINO, R.C.; PHILIPPI, S.T. **Nutrição Clínica: estudos de casos comentados**. São Paulo: Manole, 2004. p. 61-81

VITOLO, M.R. **Nutrição da Gestação ao Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint FAO/WHO Expert Consultation**. Geneva: Technical Report Series 916, 2003.

_____. **Atualização Sobre Diabetes**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2005.

_____. **Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus**. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

Enviado em: maio de 2012

Revisado e Aceito: dezembro de 2012

**O JOVEM ESTUDANTE E A EDUCAÇÃO GLOBALIZADA
THE YOUNG STUDENT AND THE GLOBALIZED
EDUCATION**

FÁBIO CARDOSO¹
ADILSON LOPES CARDOSO²

RESUMO: tema ensino e educação contextualizada por ser muito importante para a sociedade tornou-se frequente a sua discussão nos dias de hoje. Os educadores e familiares exercem uma grande influencia em relação aos estudantes fazendo com que a tematização se torne não somente um reflexo da realidade, mas também um modo de contribuir para o incentivo e crescimento contínuo da mesma. Nem sempre os efeitos dos meios utilizados no ensino propõe um resultado positivo em relação aos estudantes, mais precisamente aos adolescentes, que devem ser cuidadosamente dispensados atenção priorizada, tendo em vista os mesmos estarem caminhando à maturidade e este tipo de público está mais sujeito as influências provenientes de todos os meios de comunicações, inclusive por terem certas dificuldades em separar realidade e ficção. Apesar de estarmos no mundo globalizado, com muitas informações em todas as áreas, nem todos os estudantes têm acesso às novas tecnologias, por isso é necessário que tenhamos um conhecimento mais profundo e contextualizado do ensino, visando mais informações e aprendizado eficaz a todos, sem distinção quanto ao poder aquisitivo do público estudantil.

Palavras-chave: Educador; Estudante; Ensino; Incentivo; Conhecimento; Informação.

ABSTRACT: The theme education and education contextualized by being very important to society became frequent its discussion these days. Educators and families have a great influence on students making the lemmatization becomes not only a reflection of reality, but also a way of contributing to the incentive and continuous growth. Not always the

¹Aluno do Curso de Pós Graduação em Formação Pedagógica para Docência, Faculdade UNINGÁ- Rua Dr. Cardoso de Almeida, 474- centro. Cep:18600-005- (14)3815-2011.Botucatu-SP

²Professor Mestre da Faculdade UNINGÁ,Campus Botucatu.

effects of the means used in teaching proposes a positive outcome in relation to students, more precisely to teenagers, which must be carefully dispensed prioritized attention, in view of the same are walking to maturity and this type of audience is more subject to influence from all means of communications, including by having certain difficulties in separating fact and fiction. Although we are in a globalized world, with lots of information in all areas, not all students have access to new technologies, so it is necessary to have a deeper knowledge and contextualized education, targeting more effective learning and information to all without distinction as to the purchasing power of the student audience.

Key-words: Educator, Student, Teaching, Encouragement, Knowledge, Information.

INTRODUÇÃO

As pessoas vivendo em sociedade compartilham propósitos, preocupações e costumes, interagindo entre si constituem uma comunidade que ao longo dos anos, se adaptam umas às outras, adquirindo uma boa convivência em grupo e entre as relações pessoais e que preocupam, de forma geral, os seres humanos, pois estão constantemente presentes no cotidiano das pessoas.

Durante os anos, o adolescente vai aprendendo os modos de agir, de conviver com pessoas, de analisar os amigos e principalmente os pais e familiares. Segundo Pfromm Netto (1971: 33,34)

A psicologia do desenvolvimento é uma das várias divisões da psicologia em que a ciência pura e a ciência aplicada se encontram e se relacionam de modo íntimo. O estudo do desenvolvimento humano e dos fatores que o determinam interessa não apenas aos cientistas, que se empenham em descobrir leis e princípios, como também aos pais, professores, médicos, assistentes sociais, sacerdotes, etc., com a responsabilidade de guiar o desenvolvimento das crianças e jovens pelas vias mais adequadas.

Para que os jovens, que estão cursando o ensino médio, produzam algo interessante, é necessário motivá-los, no caso da língua portuguesa, é necessário contar fatos interessantes, do dia-a-dia, tecer comentários sobre o que se passou no dia anterior, fazendo-os integrar-se ao mundo

escolar e ao mundo que fica do lado de fora da escola, para que possa saber, num futuro próximo, dirigir suas vidas de maneira adequada e interessante.

A proposta deste artigo é tentar chamar atenção para o problema que acontece nas escolas, referente aos alunos que não se sentem motivados em algumas disciplinas, devido ao conteúdo ou método utilizado pelo professor, que está sempre repetindo os mesmos ensinamentos, como no caso da disciplina de História do Brasil, que tem vários conteúdos explicados na literatura brasileira e os alunos não conseguem se adaptar a esse contexto de informações interdisciplinares, porque não foram orientados a esse tipo de comportamento no ensino fundamental.

Morin (2002) defendeu o conhecimento contextualizado, que fica mais próximo da realidade dos alunos, fazendo-os se adaptarem ao ensinamento de todas as disciplinas, e no caso da língua portuguesa, se houver integração com a história e a filosofia, a gramática que foi transmitida durante o ensino fundamental será mais bem absorvida pelos alunos e com isso podemos formar pessoas críticas, conhecedoras do passado, que faz parte da nossa história.

A INFLUÊNCIA DO CONHECIMENTO

Há uma forte conexão entre o conhecimento e o ensino. O conhecer é a maneira de adquirir informações sobre tudo o que quiser e puder compreender e ensino é transferir esse conhecimento de forma que o receptor consiga captar com clareza as informações transmitidas. O conhecimento fornece diversas formas de aprendizado e saber, entretanto a influência no público receptor das mensagens, junto às características do contexto social em que os processos se realizam, proporciona o exercício de um efeito diferenciado nas instituições de ensino. O ensino está sempre sujeito a variações, ora de forma antiquada, ora de forma moderna.

Percebe-se que alguns estabelecimentos de ensino dão mais importância a forma contextualizada de algumas disciplinas, com educadores mais conscientizados aos tipos de métodos que possam ser utilizados para um melhor aproveitamento do aprendizado dos alunos.

Segundo Morin (2002) o conhecimento está enfocado em todos os níveis de educação “dizem respeito aos sete buracos negros da educação, completamente ignorados, subestimados ou fragmentados nos programas educativos”.

OS MÉTODOS UTILIZADOS NAS INSTITUIÇÕES ESCOLARES

Por que as normas escolares fragmentam o ensino dando pouca atenção a formação do jovem? Por que alguns setores do ensino não utilizam normas mais adequadas a realidade dos tempos atuais? Por que temos educadores usando os métodos de ensinar a gramática como nas décadas passadas?

São questões que surgem entre alguns educadores, principalmente na disciplina da língua portuguesa, preocupados com a forma de aprendizado dos alunos e como captam o conteúdo programático adotado pela escola. Ao examinar o texto de Edgar Morin (2002), constatamos que sua preocupação é em relação aos educadores e, conseqüentemente, os coordenadores escolares, que continuam cometendo os erros passados, sem se importarem com o conhecimento propriamente dito, com a contemporaneidade, ou seja, com os tempos atuais e adequados aos jovens, que não são mais aqueles da década de 70, 80 em que o aluno era obrigado a decorar, entre outras disciplinas, a tabuada ensinada na matemática, e os conceitos estabelecidos na gramática, mas sem saber como usá-los.

O que falta é dar importância ao conhecimento adquirido pelo ser humano, durante a sua formação, o seu dia-a-dia. Ao iniciar o ensino médio, o aluno não consegue se expressar de forma correta, escrever textos com coerência, usar a gramática, aprendida no ensino fundamental, nas elaborações de redações, entender o conteúdo de um texto, fazer uma boa leitura e gostar de ler.

A CONTEXTUALIZAÇÃO DO CONHECIMENTO

Com o passar dos anos, começamos a perceber movimentos, que vão se aprimorando até chegarmos à fala, depois à escrita e assim chegarmos à escola propriamente dita. Esse conhecimento é o saber de modo crescente, em que o ser humano apreende significados e significantes, conseguindo assim, dar formas aos modos de falar, de agir, de interagir com outros, escrever e ler textos.

Esse ser humano, já com esses conhecimentos da língua e da escrita, passa pelo ensino fundamental, onde são ensinadas regras necessárias às construções de seus textos, formais ou informais, aos modos de falar, de conceituar termos gramaticais ou matemáticos, entretanto, a preocupação maior, enquanto aluno integrado ao meio,

objetivando o seu futuro, uma faculdade, um emprego, uma formação técnica, é não encontrar formas de integrar as informações que lhes são apresentadas durante o ensino fundamental ao ensino médio. A falta da contextualização ou a integração entre as disciplinas dificulta a preparação dos alunos para o futuro almejado.

FORMAR ALUNOS CRÍTICOS

No ensino médio, em relação à Língua Portuguesa, encontramos alunos com conhecimentos básicos em gramática, em literatura, mas ainda devem ser moldados para serem formados cidadãos e, além disso, o educador deve ensiná-lo a ser crítico, a ler um texto e saber formar o seu próprio julgamento daquilo que está lendo. Há alunos que têm muito a dizer, contudo se perdem nos conceitos, tais como, orações subordinadas, orações coordenadas, concordância verbal, nominal e verbo-nominal, e indagam como usar essas construções corretamente, inclusive em outras disciplinas, tais como geografia, história, filosofia.

Segundo Morin (2002), em seu texto intitulado O conhecimento pertinente, estabelece alguns critérios, no qual afirma que:

O segundo buraco negro é o que não ensinamos as condições de um conhecimento pertinente, isto é, de um conhecimento que não mutila o seu objeto. Nós seguimos, em primeiro lugar, um mundo formado pelo ensino disciplinar. É evidente que as disciplinas de toda ordem ajudaram o avanço do conhecimento e são insubstituíveis. O que existe entre as disciplinas é invisível e as conexões entre elas também são invisíveis. Mas isto não significa que seja necessário conhecer somente uma parte da realidade. É preciso ter uma visão capaz de situar o conjunto. É necessário dizer que não é a quantidade de informações, nem as sofisticadas em Matemática que podem dar sozinhas um conhecimento pertinente, mas sim a capacidade de colocar o conhecimento no contexto.

Se ao menos no Ensino Médio, não houver essa contextualização, estaremos formando seres incapazes de pensar e criticar, sem a intervenção de outras pessoas. Segundo Pascal (apud Edgar Morin, 2002), já dizia no século XVII: “não se pode conhecer as partes sem conhecer o todo, nem conhecer o todo sem conhecer as partes”. O tema provoca grandes expectativas em relação aos educadores, aos

coordenadores de ensino e esse assunto deve ser estudado e discutido globalmente, como uma cultura de paz, educação e informação.

REFLEXÃO SOBRE O ENSINO E A REALIDADE

A dificuldade encontrada no estudante é separar o real e a fantasia que proporciona uma confusão em seu imaginário, onde realidade e o que é visto nos meios de comunicação, mais precisamente na internet, ocupam um mesmo espaço, o que não deixa de ser um conhecimento, mas deve ser separado do que é realidade e o que é fantasia.

Há muitos “sites” que demonstram um modo de gerar no aluno um conhecimento real, mas há outros que criam uma expectativa de algo inexistente, ou seja, cria condições adversas daquelas que poderiam informar e proporcionar algo importante.

Estamos acostumados a ouvir e ver pelos meios de comunicação, que há “gangs” instigando os jovens a serem adeptos do Nazismo, ao racismo, etc. É próprio do adolescente imitar o que vê e a realidade que o cerca, portanto, nós educadores devemos ter cautela para que essa realidade não coloque os jovens nesse contexto, sem que ele tenha tido a oportunidade de saber criticar e valorizar o seu conhecimento. Segundo Severino (1985 p.148), A tarefa do educador é fazer pensar, propiciar a reflexão crítica e coletiva em sala de aula. Ocorre que “O raciocínio (...) não se desencadeia quando não se estabelece devidamente um problema”.

Em algumas disciplinas não encontramos, por parte do educador, o fazer pensar nos alunos e conseqüentemente, sem estabelecer um problema, não haverá reflexão crítica em sala de aula.

Como dizia Freire (1986, p.54), “Na verdade, nenhum pensador, como nenhum cientista, elaborou seu pensamento ou sistematizou seu saber científico sem ter sido problematizado ou desafiado”. Portanto, devemos refletir sobre esse assunto e nos adequar aos acontecimentos atuais em relação ao ensino e também as atitudes de alunos que demonstram frieza e desprezo ao aprendizado e, que talvez, provenha dessa falta de desafios.

CONCLUSÃO

Diante da colocação de alguns elementos o que se nota é que o conteúdo transmitido aos alunos durante o ensino fundamental está correto, mas é necessária uma adequação entre o que é transmitido e o seu entendimento, enquanto faz uso da leitura e da escrita.

Os alunos necessitam de um aprendizado que lhes mostre a realidade em que vivem, fazendo-os pensar e refletir sobre assuntos de interesse geral, mas é preciso que os educadores, coordenadores e familiares desses alunos se integrem de forma que proporcione certo “conforto” para que ele seja atentamente observado, a fim de que produza um efeito positivo sobre a conduta do adolescente em relação ao aprendizado.

Para que os jovens estudantes não sejam prejudicados por conceitos ultrapassados sobre o uso adequado do seu conhecimento e, conseqüentemente, a gramática aplicada no ensino fundamental, que será usada dentro de contextos durante o ensino médio e em seu futuro, é preciso não apenas a instituição de uma classificação indicativa de novas formas ou métodos de ensinar, mas também uma profunda participação de professores. É necessário também que esses docentes gostem do que fazem, sejam profissionais e que procurem sempre estar atentos aos novos métodos de ensino, dos conteúdos que estão sendo transmitidos e as possíveis conseqüências sociais positivas que poderão advir desses ensinamentos. Para isso é necessário investir em cursos de sua área de atuação, se atualizar, enfim, ser também atuante, pois a educação contextualizada é fundamental para o ensino.

REFERÊNCIAS

FREIRE, P. **Extensão ou Comunicação**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S.; FRANCO, F.M.M. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

LIBÂNEO, J.C. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1991.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2002.

PFROMM NETTO, S. **Psicologia da adolescência**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1971. p. 61-81

SEVERINO, A.J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 12.ed. São Paulo: Cortez, 1985.

VASCONCELLOS, C.S. **Construção do conhecimento em sala de aula**. 3.ed. São Paulo: Libert, 1995.

Enviado em: julho de 2012.

Revisado e Aceito: outubro 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 FILOLOGIA. 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 Clínico, exige-se o registro dos estudos de Ensaio Clínico 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 Clínico 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
mastereditora@mastereditora.com.br

UNINGÁ – Unidade de Ensino Superior Ingá Ltda.
Rodovia PR 317, nº 6114
87.035-510 – 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, nº 6114
87.035-510 – MARINGÁ - PR

Ou escaneado e enviado por e-mail para:

artigos@uninga.br
mastereditora@mastereditora.com.br