UNINGÁ - UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR INGÁ LTDA

Revista Uningá

Online ISSN 2318-0579

41

Julho / Setembro
July / September

2014

MASTER EDITORA
Publicações Científicas

UNINGÁ – UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR INGÁ LTDA.

Revista UNINGÁ

ISSN impresso 1807-5053
ISSN online 2318-0579

Rev. UNINGÁ	Maringá	Nº 41	pp. 01-97	jul./set. 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**
Diretora de Assuntos Acadêmico: **GISELE COLOMBARI GOMES**
Diretor de Pós-Gradução: **MÁRIO DOS ANJOS NETO FILHO**
Editora-Chefe: **KARINA MARIA SALVATORE DE FREITAS**

Conselho Editorial:
ADILSON LOPES CARDOSO (UNINGÁ-SP)
AGENOR OSORIO (UNINGA-PR)
AISSAR NASSIF (UNINGÁ-PR)
ANA LÚCIA DE JESUS ALMEIDA (UNESP-SP)
ANDRÉ LUIS SCAPIN (UNINGÁ-SC)
ANGELA MARIA RUFFO (UNINGÁ-PR)
ANTONIO GERALDO DE OLIVEIRA (UNINGÁ-MG)
ANTONIO MACHADO FELISBERTO (UNINGÁ-PR)
CAMILA LOPES CARDOSO (FOB-USP-SP)
CARLOS MARCELO ARCHANGELO (UNINGÁ-PR)
CÉLIA REGINA M. PINZAN-VERCELINO (UNICEUMA-MA)
CONCEIÇÃO VIEIRA DA SILVA (UNIFESP-SP)
CRISTIANE MACHADO MENGATTO (UNINGÁ-PR)
DAIANE PEREIRA CAMACHO (UNINGÁ-PR)
DARWIN VAZ DE LIMA (UNIC-MT)
EDSON ARPINI MIGUEL (UNINGÁ e UEM-PR)
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 LOPES BERTOLINI (UFMT-MT)
GLAUCIA MARUITI OTANI (UNINGÁ-PR)
IRENE QUEIROZ MARCHESAN (CEFAC-SP)
JOÃO EDUARDO GOMES FILHO (FOA-UNESP-SP)
LÚCIA COELHO GARCIA PEREIRA (UniEVANGÉLICA-GO)
LUCÍLIA AMARAL FONTANARI (UNINGA-PR)
LUIZ FILIPHE GONÇALVES CANUTO (UFPE-PE)
MANOEL MARTIN JUNIOR (UNINGÁ-PR)
MARCOS MAESTRI (UNINGÁ-PR)
MARCOS ROBERTO DE FREITAS (FOB-USP-SP)
MARCUS VINICIUS CREPALDI (UNINGÁ-TO)
MARIA CONCEIÇÃO ANDRADE DE FREITAS (UESB-BA)
MARIA DO ROSARIO 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 CANÇADO (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)
WASHINGTON RODRIGUES CAMARGO (UNINGÁ-PR)

Editoração Eletrônica / Produção Gráfica: **MASTER EDITORA**
Distribuição: **MASTER EDITORA**

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, 6114, CEP 87035-510 – 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: mastereditora@mastereditora.com.br

A submissão pode ser feita eletronicamente pelo site www.mastereditora.com.br após o cadastro do autor

INDEXAÇÃO:

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

Base de dados:
LATINDEX - 2007

EDITORIAL

É com muita satisfação, que publicamos a edição de número 41 da Revista UNINGÁ.

Neste número da revista trazemos inovações com relação à formatação de nossos artigos, capa e outros detalhes. Isto tudo para melhorar a leitura e a estética de nossa publicação. Espero que todos apreciem essas mudanças.

Mais uma vez agradecemos a todos, principalmente aos autores, revisores e leitores, contribuindo a cada dia para o crescimento de nossa Revista Uningá.

Desejo a todos uma ótima leitura,

Karina Maria Salvatore de Freitas
Editora-Chefe

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

REDE SOCIAL DE PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE

SOCIAL NETWORK OF MENTAL PATIENTS IN A SMALL TOWN

GUILHERME CORREA **BARBOSA**, SUELI APARECIDA FRARI **GALERA**, VÂNIA **MORENO**, MÁRCIA APARECIDA FERREIRA DE **OLIVEIRA**..... 10

PERFIL DOS CONSUMIDORES DE PRODUTOS DIET E LIGHT NOS SUPERMERCADOS VAREJISTAS DE CAMPO MOURÃO, PR

CONSUMER PROFILE OF DIET PRODUCTS IN SUPERMARKETS AND RETAILERS OF LIGHT FROM CAMPO MOURÃO, PR

ALIANDRA DENGO **PERIN**, NANCY SAYURI **UCHIDA**..... 15

CUIDADO DE ENFERMAGEM AO DIABÉTICO

CARE OF NURSE TO DIABETIC

ANDREZA SILVA **MALAQUIAS**, ALINE LIMA **PESTANA**..... 20

O FORNECIMENTO DE MEDICAÇÃO NO CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE PROFESSOR CANTÍDIO DE MOURA CAMPOS

THE SUPPLY OF MEDICATION IN THE CENTER FOR INTEGRAL HEALTH CARE PROFESSOR CANTÍDIO CAMPOS DE MOURA

SILVIA REGINA DE OLIVEIRA **BENVINDO**, ADILSON LOPES **CARDOSO**..... 26

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES TIPO II

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH TYPE II DIABETES

LUCINEI MARIA **BARILI**, JOSYARA **PENDLOSKI**..... 32

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DO CONHECIMENTO DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE

FAMILY HEALTH STRATEGY: ANALYSIS OF KNOWLEDGE OF DIRECTORS OF MUNICIPAL HEALTH

KAMILA FERREIRA RIBEIRO **TADEU**, LAÍS CAMPANA **AVELINO**, FABIANO MOREIRA DA **SILVA**..... 36

RELATOS DE CASO

TRATAMENTO NÃO-CIRÚRGICO DA CLASSE III COM A TÉCNICA BIOFUNCIONAL EM PACIENTE ADULTO JOVEM

NON-SURGICAL TREATMENT OF CLASS III WITH BIOFUNCTIONAL TECHNIQUE IN AN YOUNG ADULT PATIENT

RENATO ADRIANO COELHO **FERREIRA**, ADRIANO GARCIA **BANDECA**, PEDRO ANDRADE **JR**, JOSÉ EDUARDO PRADO DE **SOUZA**, KARINA MARIA SALVATORE DE **FREITAS**, RODRIGO HERMONT **CANÇADO**, FABRICIO PINELLI **VALARELLI**..... 45

INTRUSÃO DE MOLARES SUPERIORES PARA CORREÇÃO DA MORDIDA ABERTA ANTERIOR ESQUELÉTICA

MAXILLARY MOLAR INTRUSION FOR CORRECTION OF SKELETAL ANTERIOR OPEN BITE

ANA CAROLINA BORGES DA **SILVA**, FABRÍCIO PINELLI **VALARELLI**, JULIANA VOLPATO CURI **PACCINI**, MOACYR TADEU VICENTE **RODRIGUES**, RODRIGO HERMONT **CANÇADO**, KARINA MARIA SALVATORE DE **FREITAS**..... 52

REVISÕES DE LITERATURA

FIBROMIALGIA E A MULTIDISCIPLINARIEDADE

FIBROMYALGIA AND MULTI-DISCIPLINARITY

NATHÁLIA MARQUES **BRITES**..... 61

SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

BURNOUT SYNDROME AMONG HEALTH PROFESSIONALS: INTEGRATIVE REVIEW

ERICA BIANCHESSI **PEREIRA**, RAQUEL PINHEIRO NIEHUES **ANTONIASSI**..... 66

TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL: ASPECTOS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM RELEVANTES À AUDITORIA DE SERVIÇO

ENTERAL NUTRITION THERAPY: RELEVANT ASPECTS OF NURSING CARE TO SERVICE AUDIT

MIRIAM CRISTINA MARQUES DA SILVA DE **PAIVA**, CARMEN MARIA CASQUEL MONTI **JULIANI**, SILVANA ANDREA MOLINA **LIMA**..... 72

REFLEXÕES SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

REFLECTIONS ON SYSTEMATIZATION NURSING CARE AND ELECTRONIC MEDICAL RECORD

CLADIS LOREN KIEFER **MORAES**, JANELICE **BASTIANI**, BARBARA CAROLINA DA **SILVA**..... 82

INFLUÊNCIA DO AMBIENTE FAMILIAR NO DESENVOLVIMENTO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

INFLUENCE OF FAMILY ENVIRONMENT ON THE DEVELOPMENT OF FEEDING BEHAVIOR

MARIANA MILANI **PEREIRA**, REGINA MARIA FERREIRA **LANG**..... 86

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS – REVISTA UNINGÁ..... 90

Artigos Originais

REDE SOCIAL DE PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE

SOCIAL NETWORK OF MENTAL PATIENTS IN A SMALL TOWN

GUILHERME CORREA **BARBOSA**[1]*, SUELI APARECIDA FRARI **GALERA**[2], VÂNIA **MORENO**[3], MÁRCIA APARECIDA FERREIRA DE **OLIVEIRA**[4]

1. Professor do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista - UNESP; **2.** Professor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP; **3.** Enfermeira. Professor do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista – UNESP; **4.** Professor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Materno-Infantil da Escola de Enfermagem de São Paulo - USP.

* Av. Prof. Montenegro, Distrito de Rubião Junior, s/n, Botucatu, São Paulo, Brasil. CEP:18618970 . guilhermebao@usp.br

Recebido em 04/2014. **Aceito** para publicação em 07/2014

RESUMO

O estudo objetivou conhecer a rede social disponível de portadores de transtorno mental de um serviço de saúde mental comunitário de um município de pequeno porte. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utilizou como instrumento de coleta uma entrevista semi estruturada. A análise dos dados permitiu-se construir duas categorias empíricas: o portador de transtorno mental em sua rede primaria e em sua rede secundária. Conclui-se que os portadores possuem como principal recurso do suporte social os seus familiares e também estabelecem relação ao seu entorno com os diversos cenários existentes na comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Rede social, transtorno mental, saúde mental

ABSTRACT

This study aimed to know the available social network of mental patients from a mental-health community service in a small town. It was a qualitative study that utilized a semi-structure interview as data collection tool. The analysis of data allowed the building of two empiric categories: the mental patient in his primary network and in his secondary network. It was concluded that the patients have their family members as the main resource of social support and also establish relationships with their several existing scenarios in the community of their surroundings.

KEYWORDS: Social network, mental disorder, mental health.

1. INTRODUÇÃO

Os serviços comunitários devem possibilitar novas relações sociais, incentivando e fortalecendo a rede social do portador de transtorno mental, visando promover a inclusão desse grupo na comunidade.

O portador de transtorno mental grave e de longa duração interage com diferentes pessoas em diversos espaços, entre o ir e vir ao serviço comunitário de saúde mental que atende suas necessidades de saúde como: alimentação, higiene, relacionamento interpessoal, entre outros. Esta rede de interações pode ser positiva ou negativa, mas ela é considerada “a fonte primária de cuidados” e de apoio para o portador.

Pensando no cuidado inserido na comunidade, mostra-se importante conhecer a rede social desses portadores de transtorno mental. Por rede social entende-se a constituição da trama de relações que cada indivíduo estabelece em função das próprias exigências materiais, afetivas e do projeto de vida (SANICOLA, 2008). Com isso, a configuração da rede social possibilita compreender as relações e interações das pessoas com a sociedade ao longo do tempo.

As redes sociais são realidades mutáveis, contínuas com entrada e saída das pessoas, com o reforço de algumas ligações e o enfraquecimento de outras. Flutuações, passagens no tempo, no espaço, nos relacionamentos caracterizam as redes sociais tanto quanto a sua flexibilidade como a sua transparência (SANICOLA, 2008).

O transtorno mental impõe limitações aos indivíduos estreitando suas relações quer com o trabalho, com os familiares, amigos e parceiros, bem como abalam sua identidade. A diminuição das trocas sociais advindas pela situação crônica de vida cria uma espécie de círculo vicioso desintegrador das redes sociais (SLUZKI, 1997).

As redes são constituídas de: as redes sociais primárias têm tendo como elemento principal o capital humano e as redes secundárias têm como elemento o capital social.

O capital humano é a capacidade de conhecimentos, habilidades, competências e atributos de personalidade consagrada na capacidade de realizar trabalho de modo a produzir valor econômico. Cria possibilidades de produção, de bem estar pessoal e social (MARTELETO E SILVA, 2004).

Considera-se o capital social os recursos: habitat, formação, família, renda, saúde e as redes propriamente ditas. O capital social refere-se ao valor implícito das

conexões internas e externas de uma rede social. São as normas, valores, instituições e relacionamentos compartilhados que permitem a cooperação dentro ou entre os diferentes grupos sociais. São dependentes da interação entre, pelo menos, dois indivíduos baseada na confiança e cooperação facilitando o acesso à informação e ao conhecimento (BOURDIEU, 2012; MARTELETO E SILVA, 2004).

Portanto o capital social deverá ser mobilizado, principalmente nos portadores de transtornos mentais, pois promoverá e potencializará os recursos disponíveis a fim de reduzir ou compensar o desequilíbrio. É trabalhar um contrabalanceamento entre recursos e desafios (SANICOLA, 2008). Portanto torna-se importante criar estratégias de intervenção de rede.

A seguinte questão norteadora embasa a investigação realizada: como articula a rede social de portadores de esquizofrenia de um serviço especializado de saúde mental de uma cidade de pequeno porte?

Objetivo

Conhecer a rede social disponível de portadores de transtorno mental, com diagnóstico médico de esquizofrenia de um serviço de saúde mental comunitário.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi utilizada pesquisa descritiva de abordagem qualitativa.

O serviço, como campo empírico desta investigação, é um ambulatório de saúde mental localizado no município de Serrana, interior do Estado de São Paulo. Serrana é uma cidade de aproximadamente 40.000 habitantes localizada na região Norte do Estado de São Paulo. A cidade possui uma parcela de população flutuante, pelo fato de ter uma usina de produção de álcool e os empregos formais são gerados pela agroindústria. Esses trabalhadores vêm morar na cidade na época da safra e voltam para as suas cidades de origem na entressafra. Sua população reside predominantemente na zona urbana.

O Ambulatório de Saúde Mental foi implantado em 2001 pela Secretaria de Saúde do Município. Antes de 2001, os portadores de transtornos mentais de Serrana eram encaminhados para realizar tratamento em Ribeirão Preto e outras cidades da região.

O serviço foi implantado respeitando o princípio da regionalização preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), onde a rede de serviços deve ser organizada de forma hierarquizada e regionalizada para que a população de uma área delimitada possa ser conhecida e assistida em seu território (TEIXEIRA, 2011).

A equipe é composta por: dois médicos psiquiatras, um enfermeiro, cinco psicólogos, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, dois oficineiros de artes, e um educador físico, dois recepcionistas, um motorista, e um auxiliar de serviços gerais. O serviço disponibiliza para os usuários: consulta médico psiquiatra, atendimento de enfermagem, acompanhamento psicológico, atendimento de terapia ocupacional, grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares.

Inicialmente foram consultados os prontuários em busca de portadores em atendimento no serviço, priorizando aqueles com diagnóstico médico de esquizofrenia. Foram sujeitos deste estudo 41 portadores de transtorno mental.

Os usuários estão assim caracterizados: 31 portadores eram homens e dez mulheres, quanto ao estado civil 33 são solteiros ou separados, a idade predominante foi de 26 a 40 anos, apenas 11 estavam trabalhando e 25 tinham como fonte de renda: pequenos ganhos avulsos, aposentadoria por invalidez e auxílio doença do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Como instrumento de coleta foi utilizado um questionário, que abordou aspectos sócios demográficos e de tratamento dos portadores.

Valeu-se de entrevista semi estruturada para a elaboração do mapeamento das relações familiares e sociais do portador, que foi construído a partir de uma pergunta norteadora: Conte-me quais locais você frequenta diariamente?

Para coleta de dados foi agendada uma entrevista conforme disposição do portador, sendo realizada no serviço de saúde ou na residência do mesmo. A coleta de dados transcorreu no período de novembro a dezembro de 2010, após o projeto de pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), protocolo nº 1157/2010.

Após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas. Realizadas leituras sucessivas do material coletado a fim de conhecer em profundidade os dados de forma a categorizá-los (POPE E MAYS, 2009).

Utilizou-se a análise temática onde o pesquisador agrupou os dados por temas, e examinou os fenômenos sociais buscando articular com os temas investigados e o objetivo do estudo (POPE E MAYS, 2009). Foram construídas duas categorias empíricas: o portador de transtorno mental e sua rede primária e o portador de transtorno mental e sua rede secundária.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O portador de saúde mental e sua rede primária

Estudos em relação a esquizofrenia apontam igual prevalência entre homens e mulheres. Porém em duas situações há diferenças entre gêneros. O início do adoecimento é mais precoce no homem do que em mulheres, e as mulheres apresentam melhor prognóstico da doença (CARDOSO ET AL, 2005; SILVA, 2006; SILVEIRA ET AL, 2011). Estas características das diferenças na evolução do adoecimento entre homens e mulheres, são

explicadas na investigação pelo fato de termos um número maior de homens em tratamento.

Analisando a faixa etária e o tempo de adoecimento da população estudada, nota-se que a idade predominante era de 26 a 40 anos. Estudos apontam que portadores de transtorno mental com frequentes internações, têm nitidamente menores redes com uma perda contínua dos membros quando o curso do transtorno progride (LIPTON ET AL, 1981; DICKINSON ET AL, 2002; MULLER ET AL, 2007). A maior parte das mudanças na rede social dos portadores diminui depois da primeira internação, e quando estabelece uma situação crônica de vida estas redes tendem a ser menores, mais fragmentada e menos complexa. Diminuem assim os vínculos sociais tendo um aumento no isolamento social e na cronicidade da doença.

Os dados referentes ao tratamento indicam que 32 usuários apresentam um tempo de doença que varia de seis a dezesseis anos. O número de internações varia de uma a 20 internações, sendo que oito usuários nunca foram internados.

Com relação ao trabalho observamos que a maioria dos participantes não possui atividade laborativa (30 usuários). Do ponto de vista da rede social o trabalho é um dos dispositivos capaz de agregar as pessoas. Ele possibilita o desempenho de habilidades, de competências próprias do trabalho, de competências interpessoais e sociais. Podendo inclusive ser fonte de amigos e ajuda. Sem atividade laborativa, as pessoas não conseguem prover suas necessidades básicas, perdem a autoestima, desfragmentando sua rede social. Há uma desestruturação da família, um afastamento dos vizinhos, agravando assim as condições de vida (SOARES, 2010). Tendo em vista o capital humano vemos que estes usuários terão maior dificuldade para estabelecer sua rede social (SANICOLA, 2008; MARTELETO E SILVA, 2004).

Além das consequências da doença e do tratamento que prejudicam as habilidades do portador para o trabalho, outra dificuldade para a inserção do doente no mercado de trabalho é o preconceito e o descrédito que sofrem as pessoas portadoras de transtorno mental, por exemplo: as pessoas diagnosticadas com esquizofrenia (BORBA, SCHWARTZ E KANTORSKI, 2008).

Uma proposta que pode auxiliar a inclusão social do portador é o movimento da economia solidária, pois cria redes de compromisso e proteção social como alternativas necessárias para o enfrentamento dessa condição dupla (Soares, 2010). Tal iniciativa torna-se importante para o fortalecimento do capital humano dos portadores.

O portador de transtorno mental e sua rede secundária

A rede social descrita nesta pesquisa envolve: o trabalho, o serviço de saúde mental, a família e o contexto social mais próximo do dia a dia do portador.

Dos 41 pacientes entrevistados, apenas cinco moram sozinhos e os demais residem com familiares.

Nos relacionamentos familiares destaca-se a figura da mãe, como aquela em que predominantemente atende as necessidades do portador seguido por filhos e irmãos.

A esquizofrenia por ser um transtorno grave e persistente, tem seus sinais e sintomas prejudicando os relacionamentos sociais, incidindo principalmente nas relações familiares sendo que o portador necessita de auxílio para realizar tarefas do cotidiano tais como: alimentar-se, cuidar de sua higiene, regular atividade física e descanso. A responsabilidade pelo cuidado e o dia a dia do portador acaba se restringindo para algum familiar (SALLES E BARROS, 2008; JORGE ET AL, 2011). Assim a família é o principal recurso da rede social do portador de transtorno mental. Nesta pesquisa a família foi à instituição mais citada nas relações interpessoais dos entrevistados.

Investigações realizadas quanto ao caráter das interações familiares com portadores de situação crônica de vida indicam que são menores e menos recíprocas possuem menos familiares, e o acesso a recursos materiais e afetivos são escassos (MURAMOTO E MANGIA, 2011; ZANETTI E GALERA, 2007; PICKENS, 2003).

Um fator contribuinte para a diminuição do tamanho da rede é a dificuldade da família e da sociedade em manter o convívio com o portador, tendo dificuldades em compreender comportamentos apresentados e não corresponder às expectativas dos familiares e sociedade (DICKINSON ET AL, 2002).

Na constituição da rede informal, os portadores identificaram dezesseis locais onde há trocas saudáveis para sua vida: a casa de familiares, igreja, mercado/supermercado, bar/lanchonete/restaurante, trabalhos/bicos, escola/curso, rua, banco, padaria, feira, posto de saúde, praça, banca de jornal, biblioteca municipal, depósito de bebidas, posto de gasolina, pronto-socorro municipal. O que indica que apesar das dificuldades advindas do convívio com uma situação crônica de vida, os portadores entrevistados eram acolhidos e estabeleciam vínculos com a comunidade em que reside.

Marcadamente é apontada a importância do capital social como forma de equilibrar a rede social através da possibilidade de potencializar os recursos disponíveis. Por ser uma cidade de pequeno porte, o capital social pode ser mais rico e por isso as trocas sociais são mais solidificadas, ajudando na reinserção desse portador na comunidade (SANICOLA, 2008).

O estabelecimento de vínculos leva ao exercício da descoberta das potencialidades entre os membros da comunidade, fortalecendo vínculos e autonomia para a resolução de seus problemas, tendo como recursos os mais disponíveis a sua realidade (JORGE ET AL, 2011; BENEVIDES ET AL, 2010).

No entanto estes vínculos não foram apontados de forma imediata pelos entrevistados, no início a resposta fornecida era que não saia de casa, porém no decorrer da

entrevista indicaram os locais considerados como espaços de trocas sociais.

O ambulatório de saúde mental, ponto de partida da investigação, não foi mencionado como parte do cotidiano dos portadores, infere-se que é devido a assistência oferecida para a maioria que fica restrita a consulta médica mensal. Assim o portador não estabelece relações interpessoais que favoreça sua vinculação ao serviço, pouco contribuindo na construção da rede social. Consideram, no entanto, o pronto-socorro como um local que atende suas necessidades.

O serviço de saúde pode e precisa ser uma fonte formal de suporte e auxiliar na possibilidade de ativar, mobilizar, desativar, recortar a rede social do portador, favorecendo o desenvolvimento e a consolidação de uma rede estável de relações e a aprendizagem ou reaprendizagem das habilidades necessárias para estabelecer, nutrir e manter relações sociais ativas (SLUZKI, 1997; SOUZA E KANTORSKI, 2009). Por isso que o serviço de saúde mental tem que ser comunitário e ter o compromisso de contribuir nas trocas sociais visando à inserção do portador na sociedade.

Tal serviço possibilita novas relações sociais, incentivando e fortalecendo a rede social desses portadores. Neste mesmo contexto, as atividades diárias de um indivíduo estão ligadas às atividades cotidianas de sua rede social, família, amigos, colegas de trabalho. Para estar inserido na sociedade é necessário organizar uma vida cotidiana que conduza a uma continuidade de interações e relações sociais e com o modo de produção da sociedade (SALLES E BARROS, 2008). Os dados da pesquisa apontam que o ambulatório apresenta dificuldades em responder as exigências de um serviço de saúde mental de comunitário pautado no modelo de atenção psicossocial.

É possível notar que mesmo os portadores tendo suas limitações devido ao adoecimento, conseguem ter uma rede social, às vezes menor, mas que normalmente contribui no convívio diário. Em muitos locais, apresentam um bom vínculo com o dono do local, auxiliando seu convívio em seu território.

Com isso, surge à importância de conhecer a rede social do portador de transtorno mental observando o seu território de convívio. O território é lugar de vida, de caráter processual, produtor de relações que podem ser tanto identitárias como de diferença, onde têm lugar o conflito e sua negociação (PALOMBINI, 2010).

4. CONCLUSÃO

A construção da rede primária visando a incorporação do capital humano com valor de troca social e potencializador de valor econômico, só é possível se o portador estiver vinculado a uma rede solidária de economia, com um mercado protegido. Pode-se apontar que esta questão tem permeado a construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira em seu momento atual.

A construção da rede secundária depende de uma inserção dos serviços aliados a família enquanto gerador de potencial de trocas solidárias.

A utilização de vários cenários para compor a rede secundaria de portadores de transtorno mental mostra-se ainda fragilizados e efetivados como fator propulsor da inserção na comunidade.

REFERÊNCIAS

[01] BENEVIDES, D.S.; PINTO, A.G.A.; CAVALCANTE, C.M.; JORGE, M.S.B. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. Interface (Botucatu), v.14, n.32, p.127-138, 2010.

[02] BORBA, L.O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L.P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. Acta Paul. Enferm., v.21, n.4, p.588-594, 2008.

[03] BOURDIEU, P. O Capital Social – notas provisórias. In: Catani A, Nogueira MA, organizadores. Escritos de Educação. Petrópolis: Vozes; 2012.

[04] CARDOSO, C.S.; CAIAFFA, W.T.; BANDEIRA, M.; SIQUEIRA, A.L.; ABREU, M.N.S.A.; FONSECA, J.O.P. Factors associated with a low quality of life in schizophrenia. CAD. Saúde Pública, v.21, n.5, p.1338-1348, 2005.

[05] DICKINSON, D.; GREEN, G.; HAYES, C.; GILHEANY, B.; WHITTKER, A. Social network and social support characteristics amongst individuals recently discharged from acute psychiatric units, J. Psychiatr. Ment. Health Nurs., v.9, n.2, p.183-189, 2002.

[06] JORGE, M.S.B.; PINTO, D.M.; QUINDERÉ, P.H.D.; PINTO, A.G.A.; SOUSA, F.S.P. de; CAVALCANTE, C.M. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciênc. saúde coletiva, v.16, n.7, p.3051-3060, 2011.

[07] LIPTON, F.R.; COHEN, C.I.; FISHER, E.; KATZ, S.E. Schizophrenia: A network crisis. Schizophrenia Bulletin, v.7, n.1, p.144-151, 1981.

[08] MARTELETO, M.M.; SILVA, A.B.O. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. Ci. Inf. (Brasília), v.33, n.3, p.41-49, 2004.

[09] MULLER, B.; NORDT, C., LAURER, C.; ROSSLER, W. Changes in Social Network diversity and perceived social support after psychiatric hospitalization: results from a longitudinal study. Journal of Social Psychiatric., v.53, p.564-574, 2007.

[10] MURAMOTO, M.T.; MANGIA, E.F. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil) Ciênc. saúde coletiva, v.16, n.4, p. 2165-2177, 2011.

[11] SALLES, M.M.; BARROS, S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. Acta Paul. Enferm., v.22, n.1, p.11-16, 2008.

[12] SANICOLA, L. As dinâmicas de rede e o trabalho social. São Paulo:Veras Editora; 2008.

[13] SILVA, R.C.B. Esquizofrenia: uma revisão. Psicologia USP, v.17, n.4, p.263-285, 2006.
[14] SILVEIRA, M.S.; VARGAS, M.M.; REIS F.P.; SILVA, P. Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. Cad. Saúde Coletiva, v.19, n.1, p.27-32, 2011.
[15] SLUZKI, C.E. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
[16] SOARES, M. Um encontro, duas paragens: saúde mental e economia solidária. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/economiasolidariamartasoares.pdf>. Acesso em 21 set. 2010.
[17] SOUZA J.; KANTORSKI, L.P. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS AD: O Ecomapa como recurso. Rev. Esc. Enfermagem USP, v.43, n.2, p.373-383, 2009.
[18] PALOMBINI, A.L. Práticas clínicas no território. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/praticasclinicasanalicepalombini.pdf>. Acesso 21 set. 2010.
[19] PICKENS, J.M. Formal and informal social network of mental with serious mental illness. Mental Health Nursing, v.24, p.109-127, 2003.
[20] POPE, C; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
[21] TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Disponível em < http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em 20 jun. 2012.
[22] ZANETTI, A.C.G.; GALERA, S.A.F. The impact of schizophrenia on the family. Rev. Gaúcha de Enfermagem, v.28, n.3, p.385-392, 2007.

PERFIL DOS CONSUMIDORES DE PRODUTOS *DIET* E *LIGHT* NOS SUPERMERCADOS VAREJISTAS DE CAMPO MOURÃO, PR

CONSUMER PROFILE OF DIET AND LIGHT PRODUCTS IN SUPERMARKETS FROM CAMPO MOURÃO, PR

ALIANDRA DENGO **PERIN**[1], NANCY SAYURI **UCHIDA**[2]*

1. Acadêmica do Curso de graduação em Nutrição da Faculdade Integrado de Campo Mourão; **2.** Professora Mestre do Curso de Nutrição da Faculdade Integrado de Campo Mourão.

* Rodovia BR 158, KM 207, Campo Mourão, Paraná, Brasil. CEP 87300-970. nancy.sayuri@grupointegrado.br

Recebido em 03/2014. **Aceito** para publicação em 08/2014

RESUMO

A demanda pelos produtos *diet* e *light* têm crescido muito, e nos últimos dez anos, o mercado desses produtos aumentou 800%. O objetivo do presente trabalho foi avaliar o perfil dos consumidores de produtos *diet* e *light* nos supermercados varejistas da Cidade de Campo Mourão, PR. A pesquisa utilizou um delineamento transversal com caráter descritivo exploratório e amostra foi constituída por 120 frequentadores de ambos os sexos. Como instrumento de coleta, foi aplicado um formulário contendo questões fechadas, abordando variáveis socioeconômicas e comportamentais. Os resultados indicam que a maioria dos consumidores são do sexo feminino, com idade maior que 45 anos, com o 3º grau completo e incompleto e renda familiar acima de 5 salários mínimos. Os produtos *light's* são os mais consumidos e o motivo mais citado para o consumo foi o intuito de emagrecer/manter a boa forma. Dos entrevistados 66,3% disseram saber a diferença entre *diet* e *light* e obtêm essas informações por meio de TV e *internet*. Conclui-se que, quanto maior a idade e a escolaridade do indivíduo, maior a propensão de consumir os produtos *diet* e *light* e quanto maior a renda, maior é o poder de aquisição destes produtos.

PALAVRAS-CHAVE: Supermercado, *diet*, *light*, consumidores.

ABSTRACT

Demand for diet and light products have grown tremendously, and in the last ten years, the market for these products has increased 800%. The demand for diet and light products is present among young individuals, adults and seniors for preserving or maintaining good health. The objective of this study was to evaluate the profile of consumers of diet and light in retail supermarkets in the city of Campo Mourão, PR. The study used a cross-sectional design with exploratory and descriptive. The sample consisted of 120 goers among men and women. As collection instrument, a form was applied with closed questions, addressing socioeconomic and behavioral variables. The results indicate that most consumers are female, with more than 45 years, with college degree complete and incomplete and family income above 5 minimum wages. It was found that the light's products are most consumed and the main reason was for consumption in order to lose weight/maintain proper form. Among the respondents, 66.3% said they knew the difference between diet and light and get this information through TV and internet. We conclude that the higher the age and education of the individual, the greater the propensity to consume diet and light products and the higher the income, the higher the purchasing power of the products.

KEYWORDS: Supermarket, diet, light, consumers.

1. INTRODUÇÃO

Os alimentos *diet* e *light* vêm ganhando cada vez mais espaço na mesa do consumidor e fazem parte do universo dos adeptos da vida saudável, dos interessados em manter a beleza e daqueles que necessitam de alguma restrição alimentar, como os diabéticos, obesos e hipertensos (SOUZA, 2013).

Segundo a Associação Brasileira da Indústria de Alimentos Dietéticos e para Fins Especiais (ABIAD), de 1998 a 2008, houve o incremento significativo de 800% no mercado de produtos *diet* e *light* em vários países e no Brasil estes produtos estão presentes em mais de 35% dos lares brasileiros e esse crescimento não acontece apenas no consumo, mas também no número de novos produtos nas gôndolas dos supermercados (OLIVEIRA; FRANCO, 2010; FERREIRA, 2013).

Levando em consideração esta demanda, os alimentos *diet* e *light* representam grandes aliados aos indivíduos que buscam alimentos alternativos e saudáveis, sem comprometer o sabor (RORATO; GASPARI; MOTTIN, 2006).

A procura pelos produtos *diet* e *light*, está presente entre os indivíduos adultos e idosos, para preservação ou manutenção da boa saúde e nos indivíduos mais jovens (adolescentes), a procura está associada à preocupação com a estética corporal (MEIRA *et al*., 2010).

Embora os alimentos *diet e light* sejam cada vez mais populares, estes alimentos têm características alimentares diferentes em relação aos alimentos convencionais, e muitos consumidores têm dificuldade em diferenciá-los (HARA, 2003).

A resolução RDC nº 54/2012 da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, descreve que o uso da alegação *light*, só é permitido para os alimentos que forem reduzidos em algum nutriente, ou seja, o termo só poderá ser empregado se o pro-

duto apresentar valor energético reduzido ou redução em algum nutriente em comparação com um alimento de referência (versão convencional do mesmo alimento). Na resolução - RDC nº 271/2005, o termo *diet* é utilizado para se referir ao alimento que possui isenção de um de seus nutrientes, podendo ser o alimento sem açúcar, como também sem gordura, sal ou proteína, de forma simultânea ou não (BRASIL, 2013).

Em virtude do que foi mencionado, os alimentos *diet* e *light* trazem modificação em sua formulação e esta modificação, é um dos fatores que influencia o consumidor no processo da decisão de compra.

Para Sorenson e Bogue (2007), a natureza das escolhas dos consumidores é complexa e multifacetada, envolvendo, além dos benefícios funcionais, diversos outros fatores. Conhecer o consumidor significa conhecer seu comportamento de tomada de decisão, que se relaciona com o processo pelo qual os indivíduos determinam como, o que, quando, de quem e onde comprar os alimentos (BERMAN; EVANS, 1992).

Diante do exposto, os fatores que influenciam a intenção de compra de alimentos voltados à saúde, estão principalmente o estilo de vida e fatores sócio demográficos (BHASKARAN; HARDLEY, 2002; BOWER; SAADAT; WHITENN, 2003). Nesse sentido, é preciso conhecer o perfil dos consumidores de produtos *diet* e *light*, bem como os fatores que influenciam as escolhas dos mesmos. Pois, servem de subsídios para realização de ações, que visem melhorar o discernimento dos consumidores sobre estes produtos e possíveis contribuições para empresas do segmento. Portanto, o objetivo do presente trabalho foi avaliar o perfil dos consumidores de produtos *diet* e *light* nos supermercados varejistas da Cidade de Campo Mourão, PR.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa utilizou um delineamento transversal com caráter descritivo exploratório. A coleta de dados foi realizada na seção dos produtos *diet* e *light*, em dois supermercados da cidade de Campo Mourão, PR entre os meses de julho e agosto de 2013. O dia da semana escolhido foram os sábados, por se tratar do dia de maior movimento de pessoas nos supermercados. Participaram do estudo, 120 indivíduos que foram abordados aleatoriamente e solicitados a participar da pesquisa, porém 83 sujeitos foram inclusos, pois relataram ser consumidores de produtos *diet* ou *light*.

Os dados foram coletados após o projeto ter sido submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade Integrado de Campo Mourão, PR bem como aprovação sob parecer nº 045826/2013. Os participantes e a instituição assinaram os termos de consentimento livre esclarecido – TCLE para participarem da pesquisa.

As variáveis socioeconômicas e comportamentais dos consumidores de alimentos *diet* e *light*, foram obtidos através da aplicação de um formulário adaptado (Anexo 1) proposto por Rorato, Degaspari e Mottin (2006), contendo oito questões fechadas, relacionadas ao consumo de produtos *diet* e *light* e as razões que levam o consumo desse tipo de produto. O instrumento de coleta de dados foi aplicado pela própria pesquisadora, através de entrevista direta, de forma individual, padronizada e discreta para não haver constrangimento para os envolvidos e para não haver interferências nas respostas.

Os dados obtidos foram digitados em planilha do programa Microsoft Excel 2010 e analisados estatisticamente com o auxílio do Software *Statistica* 7.0. Para as variáveis avaliadas foram utilizadas tabelas de frequências com percentual. Também foi utilizado o teste qui-quadrado para verificar possíveis associações entre as variáveis e as respostas das perguntas. O nível de significância adotado nos testes foram associações cujo $p<0,05$.

3. DESENVOLVIMENTO

Participaram do estudo 83 consumidores dos produtos *diet* e *light* de ambos os sexos, de dois supermercados varejistas, da cidade de Campo Mourão, PR, sendo que 65 eram mulheres e 18 homens (Tabela 1).

Quanto à faixa etária e o grau de instrução, a maioria dos entrevistados tinha idade entre 45 a 55 anos (n=23) e o 3 º grau completo e incompleto (n=53). A renda familiar dos consumidores foi de 4 a 5 salários mínimos (n=27).

Tabela 1. Perfil dos consumidores de ambos os sexos dos supermercados varejistas da Cidade de Campo Mourão, PR

Perfil		%	*p*
Gênero			
Masculino	8	21,7	0,52301
Feminino	5	78,3	
Faixa etária			
De 15 a 24 anos	6	19,3	0,02706*
De 25 a 34 anos	6	7,3	
De 35 a 44 anos	6	19,3	
De 45 a 55 anos	3	27,7	
Mais de 56 anos	2	26,5	
Grau de instrução			
1º (in) Completo	7	8,4	0,00978*
2º (in) Completo	3	27,7	
3º (in) Completo	3	63,9	
Renda familiar			
1 Salário mínimo	3	3,6	0,00079*
2 a 3 salários mínimos	1	13,3	
4 a 5 salários mínimos	7	32,5	
6 a 7 salários mínimos	6	19,3	
Acima de 8 salários mínimos	6	31.3	

* Teste qui-quadrado significativo considerando nível de significância de 5%. **Fonte:** Supermercados Varejistas de Campo Mourão- PR, 2013

Observa-se na Tabela 1 que quando associado o consumo dos produtos *diet* e *light*, com gênero, faixa etária, grau de instrução e renda familiar, verificou-se que a faixa etária ($p=0,02706$), grau de instrução ($p=0,00978$) e renda familiar

(p=0,00079) foi estatisticamente significativo.

Dos entrevistados observou-se, que o produto *light* é o mais consumido, seguido daqueles que consomem os alimentos *diet* e *light*, conforme a Figura 1.

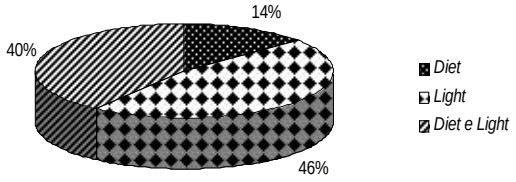


Figura 1. Percentual do consumo de produtos *diet, light* e *diet* e *light*, relatados pelos consumidores de ambos os sexos dos supermercados varejistas da Cidade de Campo Mourão, PR

Na Tabela 2, verificam-se os motivos que levam o consumo dos produtos *diet* e *light*. Dos consumidores de produtos *light*, 26,5% relataram consumir para emagrecer/manter a forma. Entre os consumidores de alimentos *diet*, 7,2% relataram consumir para emagrecer/manter a forma e com o mesmo percentual o motivo doença foi citado. Para os consumidores dos alimentos *diet* e *light*, 18,1% relataram consumir devido à doença.

Tabela 2. Motivos do consumo de produtos *diet/light* relatados pelos consumidores, de ambos os sexos, dos supermercados varejistas da Cidade de Campo Mourão, PR.

Motivo do consumo	Consumo de produtos *diet* e/ou *light*					
	Diet e *light*		*Diet*		*Light*	
		%		%		%
Hábito						
Não	0	36,1	2	14,5	4	41,0
Sim	3	3,6	0	0,0	4	4,8
Emagrecer / Manter a forma						
Não	1	25,3		7,2	6	19,3
Sim	2	14,5		7,2	2	26,5
Mais saudável						
Não	9	22,9	1	13,3	2	26,5
Sim	4	16,9	1	1,2	6	19,3
Devido a doenças						
Não	8	21,7	6	7,2	2	38,6
Sim	5	18,1	6	7,2	6	7,2

Fonte: Supermercados Varejistas de Campo Mourão- PR, 2013.

Quando investigado o saber da diferença entre os produtos *diet* e *light*, 66,3% dos consumidores relataram conhecer a diferença. Em relação aos meios de obtenção de informações sobre estes produtos a televisão e a *internet* (59%) foram os meios mais citados pelos consumidores (Tabela 3).

Tabela 3. Conhecimento da diferença e motivos de consumo de produtos *diet/light* dos consumidores, de ambos os sexos, dos supermercados varejistas da Cidade de Campo Mourão, PR

Conhece a diferença ente produtos *diet*/*light*	n	%
Sim	55	66,3
Não	28	33,7
Onde obteve essas informações	**n**	**%**
Televisão e *internet*	49	59,0
Jornal e revistas	21	25,3
Outros (médico, nutricionista, academia e rótulo)	13	15,7

Fonte: Supermercados Varejistas de Campo Mourão- PR, 2013

4. DISCUSSÃO

Para traçar o perfil dos consumidores de produtos *diet* e *light*, buscou-se conhecer o nível de escolaridade e a renda familiar mensal desses consumidores, tendo em vista que essas variáveis são fundamentais para essa caracterização (SOUZA, 2005).

Os consumidores de produtos *diet* e *light* da presente pesquisa foram em sua maioria do gênero feminino, obtendo 78,3% (Tabela 1). Este resultado confirma os estudos realizados por outros autores, com consumidores de produtos para fins especiais (*diet* e *light*), que obteve em sua maioria mulheres (RORATO; DEGÁSPARI; MOTTIN, 2006; HALL; FILHO, 2006). É provável que o resultado encontrado na presente pesquisa, deva-se ao fato das mulheres serem maiores frequentadoras de supermercados do que os homens, uma vez que são elas que geralmente vão as compras no supermercado.

Diferentemente ao encontrado por Hall (2006), entre os consumidores de produtos *diet* e *light* nas regiões de Rio Grande do Sul, São Paulo, Goiânia e Recife, que identificou um equilíbrio em relação ao sexo feminino (51,4%) e o sexo masculino (48,6%).

A faixa etária prevalente na pesquisa foi de 45 a 55 anos e está associada ao consumo de produtos *diet* e *light* (Tabela 1). Segundo Hara (2003) em estudo feito com consumidores de *diet* e *light*, nos supermercados de Campinas, a maioria dos participantes estava na faixa etária entre 41 a 50 anos e na pesquisa de Hall e Filho (2006) com consumidores de produtos para fins especiais, tiveram prevalência de 21 a 50 anos de idade. Diferente ao estudo feito por Rorato, Degáspari e Monttin (2006) em Curitiba, PR, que a maioria dos consumidores encontrava-se com 25 a 34 anos de idade.

O nível de escolaridade é uma variável indicadora do perfil do consumidor, que para Hara (2003) é um indicador de classe econômica e social, pois, quanto mais alta a classe, maior é a preocupação com a formação acadêmica. De acordo com Rorato, Degáspari e Monttin (2006), 70% dos consumidores de produtos *diet* e *light* nos supermercados, tinham o 3º grau completo ou incompleto. Em nossos resultados obtivemos que, 63,9% dos consumidores tinham o 3º completo e incompleto,

sendo esta variável associada estatisticamente com o consumo de produtos *diet* e *light* (Tabela 1). Já no estudo foi publicado por Choucino et al., (2012), 100% dos entrevistados na cidade de Londrina, possuíam como escolaridade mínima curso superior.

Outro fator de identificação do perfil do consumidor é a variável renda. De acordo com Hall (2006), segundo a ABIAD 60% dos consumidores de produtos mais saudáveis, como os *diet* e *light* pertencem às classes econômicas A e B. Nosso trabalho aponta que esta variável é estatisticamente associada ao consumo, onde a maioria dos consumidores de produtos *diet* e *light*, possuem renda acima de 4 salários mínimos (Tabela 1). No estudo de Nunes e Gallon (2013), em supermercados no município de Caxias do Sul, a renda familiar dos entrevistados, foi acima de 5 salários mínimos e no estudo de Rorato, Degáspari e Monttin (2006) prevaleceu a renda familiar acima de 8 salários mínimos.

Portanto, os resultados mostram que o consumo de produtos *diet* e *light* estão relacionados a faixa etária, grau de instrução e renda familiar.

Para Relvas (2006) a relação entre o consumo de alimentos *diet* e *light* com a renda familiar, pode estar relacionado aos preços elevados desses tipos de produtos. Diante do exposto a variável renda, está associada a aquisição dos produtos *diet* e *light* (Tabela 1), como já descrito por Hall (2006); Rorato, Degáspari e Monttin (2006) tanto que, na cidade de Fortaleza (CE) dos consumidores entrevistados sugeriram a oferta de preços mais acessíveis dos produtos *diet* e *light*, para que possibilite o acesso das famílias com menor renda a esses produtos (SOUZA, 2005).

De acordo com Meira et al., (2010) a procura pelos indivíduos por produtos *diet* e *light* estão associados com a preservação ou manutenção da boa saúde e pela preocupação com a estética corporal. No presente trabalho o motivo mais citado para o consumo dos produtos *diet* e *light* foi devido a doenças (18,1%), e para os consumidores de produtos *diet* os motivos mais citados foram devido a doenças e para emagrecer/manter a forma (7,2%) e para os consumidores dos produtos *light*, 26,5% relataram como motivo o emagrecer/manter a forma (Tabela 2).

Oliveira et al., (2005), em estudo realizado em hipermercados de Campinas, encontraram que o motivo mais citado para o consumo de alimentos *diet* e *light* foi o quesito saúde e no estudo feito por Hara (2003) o principal motivo que leva o consumo dos produtos *diet* ou *light* é a busca por manter a forma. Segundo Rorato, Degáspari e Monttin (2006), 67% dos consumidores entrevistados utilizam o produto *diet* ou *light* por considerar uma opção saudável. Supõe-se que, estes motivos principalmente o fator saúde, seja devido a maior preocupação dos indivíduos com a saúde, em razão do aparecimento maior de doenças, associadas a alimentação e ao estilo de vida.

Constatou-se neste estudo, que 66,3% dos consumidores disseram saber a diferença entre os produtos *diet* e *light* (Tabela 3) e no estudo de Hara (2003), 50% dos entrevistados disseram saber a diferença dos produtos *diet* e *light*. Resultado contrário foi encontrado nos estudos realizados por Rorato, Degáspari e Monttin (2006), onde 56% dos entrevistados nos supermercados relataram não saber a diferença entre o *diet* e *light*. Elucidar a diferença dos alimentos *diet* e *light* para a população é importante, a fim de se evitar problemas na saúde, uma vez que nem todos os alimentos *diet* apresentam diminuição significativa na quantidade de calorias e, portanto, devem ser evitados pelas pessoas que querem emagrecer.

No estudo feito por Hara (2003), a televisão foi o meio de comunicação mais utilizado para obtenção de informações sobre estes produtos para fins especais entre os entrevistados, como e no estudo de Rorato, Degáspari e Monttin (2006) a *internet* foi o meio mais utilizado. Esses dados equiparam-se aos encontrados no presente trabalho, onde o jornal e a *internet* foram os meios de comunicação mais citados para obtenção de informações sobre produtos *diet* e *light*.

Em relação ao consumo de produtos para fins especiais dos consumidores entrevistados, 45,8% relataram consumir os produtos *light*, 14,5% os produtos *diet* e 39,7% os *diet* e *light*. No trabalho de Rorato, Degáspari e Monttin (2006), em Curitiba, 58% dos entrevistados consomem produtos *light*, 10% consomem produtos *diet*, e 33% consomem os dois produtos. Dados da pesquisa de Hara (2003), revela que 63% dos entrevistados consumiam produtos *light* e 33% os produtos *diet*.

5. CONCLUSÃO

A partir das análises da variável faixa etária, grau de instrução e renda familiar, constatou-se que estas exercem influência no perfil do consumidor de produtos *diet* e *light*.

Contudo perante aos resultados, conclui-se que, o consumo de produtos *diet* e *light* na população estudada, é em sua maioria do gênero feminino, com idade acima de 45 anos, que possuem o terceiro grau completo ou incompleto e renda familiar acima de 4 salários mínimos. Quanto ao consumo, o produto *light* é o mais consumido associado ao motivo de emagrecimento e/ou manter a saúde.

Portanto, entendemos que, quanto maior a escolaridade e a idade do indivíduo, maior a propensão de consumir os produtos *diet* e *light* e quanto maior a renda, maior é o poder de aquisição dos produtos.

Embora a maioria dos consumidores do presente trabalho relatar saber a diferença entre os produtos *diet* e *light*, é imprescindível que ações de maior esclarecimento sobre estes produtos sejam realizadas, para que a população possa consumir de maneira adequada e consciente estes alimentos e usufruir de seus benefícios conforme suas necessidades, evitando danos à saúde.

REFERÊNCIAS

[01] BERMAN, B; EVANS, J. Retail management: a strategic approach. 5. ed. New York: Macmillan, 1992.

[02] BHASKARAN, S.; HARDLEY, F. Buyers beliefs, attitudes and behaviour: foods with therapeutic claims. Journal of Consumer Marketing, v.19, p.591–606, 2002.

[03] BOWER, J. A.; SAADAT, M. A.; WHITTEN, C. Effect of liking, information and consumer characteristics on purchase intention and willingness to pay more for a fat spread with a proven health benefit. Food Quality and Preference, v.14, p.65–74, 2003.

[04] BRASIL. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº. 359, de 23 de dezembro de 2003. Regulamento Técnico de Porções de Alimentos Embalados para Fins de Rotulagem Nutricional.

[05] CHOUCINO, C.C. et al. Análise dos Consumidores e de seu Conhecimento sobre a Diferença entre os Produtos Dietéticos. In: 3º Simpósio de Iniciação Cientifica. Londrina: UNIFIL, 2012.

[06] FERREIRA, M. T. Diário do Vale, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://diariodovale.uol.com.br/noticias/0,76065,Diet-x-light-:-Entenda-as-caracteristicas-de-cada-um.html#axzz2uZD9n7l8>. Acesso em: 11 nov. 2013.

[07] HALL, R. H., FILHO, D. O. M. Perfil do consumidor de produtos *diet* e *light* no Brasil. In: XIII SIMPEP. Bauru: ISA, 2006, p. 1-12. Disponível em: http://www.isa.utl.pt/daiat/INTEngAlimentar/trabalhos%20alunos/trabalho%205%20tema%20proposto/temas%20e%20bibliografia/produtos%20light/229.pdf Acesso em: 26 mai. 2013.

[08] HALL, R. H., Fatores que influenciam o consumo de produtos *diet* e *light* no Brasil. Campo Grande, 2006. 102f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

[09] HARA, C. M. O perfil do consumidor de produtos *light* e *diet* no mercado de varejo supermercadista de Campinas. Revista Técnica FIPEP, v.3, n. 1/2, p.39-48, 2003.

[10] MEIRA, C. C. et al. Estado nutricional e consumo de alimentos *diet* e *light* entre adolescentes de escola privada do município de João Pessoa-PB. Ensaio e Ciência: Ciênicas Biológicas, Agrárias e da Saúde, v.14, n.1, 2010.

[11] NUNES, S. T.; GALLON, C. W. Conhecimento e consumo dos produtos *diet* e *light* e a compreensão dos rótulos alimentares. Nutrire: Soc. Bras. Alim. Nutr., v.38, n.2, p. 156-71, 2013.

[12] OLIVEIRA, M.B.C. et al. Nível de informação do consumidor sobre os produtos alimentares *diet* e *light* em hipermercados de Campinas, SP. Revista Ciências Médicas, v.14, n.5, p.433-40, 2005.

[13] OLIVEIRA, P. B.; FRANCO, L. G. Consumo de adoçantes e produtos dietéticos por indivíduos com diabetes melito tipo 2, atendidos pelo Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, SP. Arq Bras Endocrinol Metab., v. 54, n.5, p.455-62, 2010.

[14] RELVAS, K. Hábitos de Compra e Consumo de Alimentos de Idosos nas Cidades de São Paulo, Porto Alegre, Goiânia, Recife. Campo Grande, 2006. 124f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Universidade de Brasília, Universidade Estadual de Goias.

[15] RORATO, F.; DEGÁSPARRI, C. H.; MOTTIN, F. Avaliação do nível de conhecimento de consumidores de produtos *diet* e *light* que frequentam um supermercado de Curitiba. Revista Visão Acadêmica, América do Sul, v.7, n.1, 2006.

[16] SORENSON, D.; BOGUE, J. Concept optimization in innovation through conjoint analysis: A market-oriented approach to designing new functional beverages. Journal of International Food and Agribusiness Marketing, v.19, n. 2/3, p.53–75, 2007.

[17] SOUZA, E.P. Comportamento do Consumidor de Produtos *Diet* e *Light* na Cidade de Fortaleza – Ceará. Universidade Federal do Ceará. 2005. Disponível em: < http://www.sober.org.br/palestra/2/752.pdf>. Acesso em: 23 out. 2013.

ANEXO A – Questionário aplicado na presente pesquisa

1.SEXO:
( ) FEMININO
( ) MASCULINO

2. IDADE
( ) 15 A 24 ANOS
( ) 25 A 34 ANOS
( )35 A 44 ANOS
( ) 45 A 55 ANOS
( ) >55 ANOS

3. QUAL O SEU GRAU DE INSTRUÇÃO
( ) 1°GRAU INCOMPLETO
( ) 1° GRAU COMPLETO
( ) 2° GRAU INCOMPLETO
( ) 2°GRAU COMPLETO
( ) 3°GRAU INCOMPLETO
( )3°GRAU COMPLETO
( ) NENHUMA FORMAÇÃO

4. QUAL É A SUA RENDA FAMILIAR?

( ) 1 S.M.
( ) 2 a 3 S.M.
( ) 4 a 5 S.M.
( ) 6 a 7 S.M.
( ) ACIMA DE 8 S.M.

5. VOCÊ É CONSUMIDOR DE PRODUTOS DIET, LIGHT OU OS DOIS?

( ) DIET ( ) LIGHT ( ) DIET E LIGHT ( )NÃO CONSOME

6. PORQUE VOCÊ FAZ USO DE PRODUTOS:

DIET	LIGHT
( ) PARA EMAGRECER	( ) PARA EMAGRECER
( ) PARA MANTER A FORMA	( ) PARA MANTER A FORMA
( ) POR ALGUMA DOENÇA	( ) POR ALGUMA DOENÇA
( ) POR HÁBITO	( ) POR HÁBITO
( ) POR SER MAIS SAUDÁVEL	( ) POR SER MAIS SAUDÁVEL
( ) OUTROS _____	( ) OUTROS _____

7. VOCÊ SABE A DIFERENÇA DE UM PRODUTO DIET PARA UM PORDUTO LIGHT?
( ) SIM ( ) NÃO

8. ONDE OBTEVE AS INFORMAÇÕES SOBRE ESSES PRODUTOS?
( ) TV ( ) JORNAL ( ) REVISTA ( ) INTERNET ( ) LIVROS

CUIDADO DE ENFERMAGEM AO DIABÉTICO

CARE OF NURSE TO DIABETIC

ANDREZA SILVA **MALAQUIAS**[1], ALINE LIMA **PESTANA**[2]

1. Enfermeira. Aluna do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas não transmissíveis da Universidade Federal de Santa Catarina. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis; **2.** Enfermeira. Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista CNPq.

* Rua Edson Areias, n. 18, apto, 104, Trindade, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. CEP: 88036-070. alineufsc.lcenfermagem@gmail.com

Recebido em 04/2014. **Aceito** para publicação em 07/2014

RESUMO

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas, caracterizada pelo aumento da glicemia, associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos. Estudo com objetivo de descrever as mudanças na rotina de atendimento ao paciente com diabetes *mellitus* e a aderência ao cuidado após a consulta individual. Como método utilizou-se como referencial teórico e metodológico a Teoria do Autocuidado de Orem e o Arco de Charles Manguerez, respectivamente. O atendimento realizado com o diabético em grupo tem sido insuficiente para alcançar a adesão ao cuidado pelos portadores de Diabetes. Ocorreu a reestruturação do atendimento aos pacientes diabéticos, em consultas de enfermagem individuais. Os resultados apresentam que a modalidade de atendimento individual, demonstrou-se eficaz nesse momento, para alcançarmos a adesão dos pacientes ao tratamento. Conclui-se que a união entre as duas modalidades de atendimento ao paciente diabético insulinodependente, consulta de enfermagem e grupo, são importantes para que o diabético tenha a oportunidade da pratica da escuta individual e da interação com outras pessoas que vivenciam problemas semelhantes quanto ao cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de enfermagem, enfermagem primária, enfermagem, diabetes *mellitus*.

ABSTRACT

Diabetes is a group of metabolic diseases characterized by elevated blood glucose associated with complications, dysfunction and failure of various organs. Study aimed to describe the changes in the routine care of patients with diabetes *mellitus* and adherence to care after individuality consultation. As method, was used as the theoretical and methodological theory of Orem Self-care and the Arch of Charles Manguerez respectively referential. The care given to the diabetic group, has been insufficient to achieve adherence to care for patients with diabetes. Restructuring of care for diabetic patients occurred in individual nursing consultation. The results show that the type of individual care, has been shown to be effective at that time, to achieve patient adherence to treatment. It is concluded that the union between the two types of insulin dependent diabetic patient care, nursing consultation and group , are important for the diabetic to have the opportunity of practicing individual listening and interacting with others who experience similar problems for the care.

KEYWORDS: Nurse care, primary nursing, nursing, diabetes *mellitus*.

1. INTRODUÇÃO

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas, caracterizada pelo aumento da glicemia, associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos. A disfunção pode ser ocasionada por defeitos de secreção no pâncreas e ou ação da insulina. (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 2013, que 347 milhões de pessoas no mundo, que vivem com a doença. Em 2004, cerca de 3,4 milhões de pessoas morreram em consequência da doença, pelo menos 80% das mortes ocorreu em países de baixa e média renda. Após 15 anos de convivência com o diabetes, 2% dos portadores estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. OMS (2013); BRASIL (2006).

No Brasil, dados do sistema de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2011, apontam que em 26 Capitais Brasileiras e no Distrito Federal 5,6 % da população, com idade acima de 18 anos, diz ter Diabetes, sendo que 6% desse total são mulheres e 5,2% são homens (VIGITEL, 2011).

O maior número do Diabetes encontra-se em Fortaleza (Ceará) com 7% e o menor em Palmas (Tocantins) com 3% (PAHO, 2013). A cidade de Florianópolis (Santa Catarina) aparece em oitavo lugar, com 5,9 % do Diabetes na população acima de 18 anos. (VIGITEL, 2011).

Em 2010 iniciei a minha atuação profissional, como Enfermeira do Centro de Saúde (CS) Coloninha, à prática do atendimento com os portadores do Diabetes ocorreu a partir de 2011, mais especificamente com os pacientes insulinodependentes inclusos no Programa de Auto-Monitoramento de Glicemia (PAMG). Os portadores do diabetes tinham como critério de atendimento, participar do grupo educativo ou da consulta individual de enfermagem, uma vez ao mês com a Enfermeira do CS e a cada três meses com médico da família.

O Grupo de Atendimento ao Portador de Diabetes ocorreu durante três anos, mas com o aumento de participantes e questionamentos sobre a necessidade de avaliação individual do

controle glicêmico pelos Enfermeiros do CS, decidiu-se pela realização da consulta de enfermagem individualizada.

A tríade composta pelo controle alimentar, exercício físico e medicação são a base do tratamento do diabetes, e possuem uma importância fundamental no controle glicêmico, além de atuarem no controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013)

Essas reflexões levaram-nos a questionar nossa prática e repensar a maneira de estruturar um atendimento que proporcione maior aderência ao tratamento do diabetes. Desse modo o estudo tem como objetivo de descrever as mudanças na rotina de atendimento ao paciente com diabetes *mellitus* e a aderência ao cuidado após a consulta individual.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Nesse estudo optou-se desenvolver uma modalidade assistencial, ou seja, a Tecnologia de Cuidado ou de Conduta. A mudança do atendimento em grupo para atendimento individual dos pacientes diabéticos repercute na organização do processo de atendimento da Enfermeira, assim como concede ferramentas para o autocuidado e controle do diabetes ao paciente e sua família.

O estudo foi realizado no Centro de Saúde (CS) Coloninha, localizado na área continental da cidade de Florianópolis/SC. O bairro da Coloninha, área de abrangência do CS Coloninha, conta com uma população de 7.845 pessoas, divididas em nas áreas 70, 71 e 72, com onze micro-áreas, para atender essa população o CS conta com três equipes que atuam na Estratégia de Saúde da Família.

Em 2014, o CS Coloninha contabiliza 302 pacientes com Diabetes cadastrados no Cadastro da Família na Web (CadfamWeb), desses 65 pacientes estão incluídos no Programa de Auto Monitoramento de Glicemia (PAMG) (CADFAMWEB, 2014).

O objetivo do PAMG é cadastrar e atender os pacientes com Diabetes *Mellitus* (DM) insulinodependentes, possibilitando o acesso de forma contínua aos insumos: tiras, lancetas e seringas, que garantam a automonitorização, através da disponibilização de aparelhos monitores, do índice glicêmico capilar.

Para estar incluído e receber os insumos do programa exigem-se alguns critérios, como: morar em Florianópolis, estar insulinodependente, participar de consulta de enfermagem ou atividades educativas em grupo, realizadas uma vez ao mês e consultar com médico da família a cada três meses.

No CS Coloninha, entre 2009 a 2012, o atendimento aos portadores de Diabetes insulinodependentes e a entrega de insumos, foi realizado nas reuniões do grupo, intitulado Grupo de Pessoas com Diabetes. O grupo acontecia uma vez ao mês no auditório, o tema era determinado na reunião.

Os 65 participantes do Grupo de pessoas com Diabetes foram divididos entre as duas enfermeiras, para atendimento individual. Fiquei responsável por 33 usuários no início, ao longo do ano outros foram inseridos no PAMG. Iniciamos as consultas em junho de 2013 e o período de análise foi de junho a dezembro de 2013. Participaram do estudo vinte e sete (27) pacientes Diabéticos insulinodependentes, dezesseis mulheres e onze homens na faixa etária entre 40 a 84 anos.

Em dezembro de 2012 com o aumento do número de diabéticos, começou-se a repensar a forma de atendimento ao diabético que atingisse o objetivo de educação em saúde como forma de promoção do autocuidado. Os instrumentos analisados para a mudança de estratégia foram de usuários cadastrados no PAMG e as constantes chegadas tardias e saídas antecipadas, a análise de prontuário de alguns usuários que eram atendidos individualmente com níveis glicêmicos maiores do que o esperado e hemoglobina glicada, análise do controle glicêmico em registros próprios dos usuários que demonstravam o controle insuficiente e diferente do que era prescrito pelo médico. A análise de todos esses dados levou-nos a repensar o atendimento a esses pacientes.

Plano de Trabalho

Para trilhar o caminho de readequar o atendimento aos portadores de Diabetes insulinodependentes, entrou-se na realidade do atendimento. A seguir descrevem-se as etapas desenvolvidas configurando-as com as etapas do Arco de Charles Manguerez.

Observação da Realidade

Momento que objetiva reconhecer o aspecto pessoal, geográfico, histórico, social e econômico dos envolvidos e a partir das percepções pessoais, com leitura ingênua da realidade.

Partiu-se inicialmente, do aumento de participantes do Grupo de Pessoas com Diabetes de 40 para 65 portadores da doença, chegadas tardias, saídas antecipadas e ausências justificadas às reuniões do grupo. Além disso, sentiu-se dificuldade na adesão ao tratamento, pelo número expressivo de participantes das reuniões, além da dificuldade do atendimento individual durante a atividade do grupo. Dificuldade de incluir a família no atendimento ao Diabético insulinodependente.

Essa observação pela Enfermeira possibilitou identificar como problema de estudo, as dificuldades no atendimento e acompanhamento dos diabéticos insulinodependentes.

Pontos – Chave

Nesta etapa separa-se o que é superficial, daquilo que é importante, identificando o que se denomina de Ponto – chave (UFSC, 2014).

As Enfermeiras do CS, em vários momentos conversaram sobre qual a melhor forma de avaliar o controle glicêmico, além de como aferir a adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento.

Observou-se, que nas reuniões vários pacientes traziam desculpas para sair cedo, chegar ao final da atividade e não comparecer às reuniões, estes fatos dificultavam o acompanhamento dos valores glicêmicos, adesão ao tratamento e a dispensação dos insumos.

Teorização

Buscam-se explicações acerca da realidade observada, momento de compreensão dos problemas, tanto nas manifestações empíricas quanto em seus princípios teóricos (UFSC, 2014).

As Enfermeiras debruçaram-se na literatura sobre vários temas como: Diabetes *Mellitus*, controle glicêmico, teste glicêmico, educação em saúde, consulta de enfermagem, dados e diagnósticos epidemiológico, adesão ao tratamento de doenças crônicas.

A teorização, feita com leitura de artigos e publicações sobre diabetes, consulta de enfermagem, adesão ao tratamento,

educação em saúde, entre outras. Buscou-se resposta do problema com auxílio da leitura e associação com a prática profissional.

Hipóteses de Solução

Identificação de possíveis alternativas para a solução dos problemas levantados. UFSC (2014).

As hipóteses para solução do problema levantado, pelo Grupo de Pessoas com Diabetes com as Enfermeiras foram:

- Realização de consulta de enfermagem em todas as suas etapas, de forma individual, no Consultório de Enfermagem. A consulta de enfermagem envolve vínculo, escuta, valorização do conhecimento do outro e adaptação da teoria a realidade apresentada em busca de melhorar qualidade de vida do usuário diabético;
- Envolver a família do paciente com Diabetes insulinodependente no cuidado integral (medicamento, alimentação e exercício);
- Visita domiciliar ao paciente com Diabetes insulinodependente e a sua família.

Aplicação à Realidade

Análise das hipóteses contextualizadas com a realidade. UFSC (2014).

As três hipóteses de solução propostas para serem aplicadas na realidade, buscam uma mudança na rotina de atendimento aos portadores de Diabetes, apresentam-se em princípio viáveis e busca melhorar a qualidade de vida e a adesão ao tratamento.

No desenvolvimento desta intervenção houve preocupação com as questões éticas, já que o estudo não passou pelo Comitê de ética em Pesquisa (CEP), tivemos o cuidado de não utilizar dados relativos aos sujeitos e descrição sobre as situações assistenciais.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cuidado ao diabético insulinodependente inclui intervenções multidisciplinares em todos os níveis de atenção a saúde, para tanto se faz necessário ajustes na modalidade de atendimento.

O sucesso das intervenções depende da capacidade do diabético insulinodependente em assumir mudanças no estilo de vida, manter os cuidados recomendados e ter iniciativa para identificar, resolver ou buscar auxílio para os problemas que surgem. Por isso, o processo educativo é uma parte importante do cuidado integral ao diabético insulinodependente. Em estudo realizado em um hospital universitário foi constatado que os diabéticos insulinodependente que consultavam com enfermeiro apresentavam maior chance de obter hemoglobina glicada (hbA1) <7% (GRILLO et al., 2013).

Apesar de o CS Coloninha realizar atendimento e acompanhamento por parte do enfermeiro em reuniões mensais, a falta de adesão a modalidade de atendimento proposta desencadeou a necessidade de realizar intervenção na modalidade assistencial. A seguir apresenta-se a intervenção prática na assistência aos diabéticos insulinodependentes, que se constituiu das seguintes etapas descritas.

1 ª ETAPA: panorama da realidade do atendimento em grupo aos diabéticos insulinodependentes

A data da reunião do GPD (Grupo de pessoas com diabetes) acontecia na reunião anterior e os Agentes Comunitários de Saúde entregavam o convite, com a data e horário do grupo.

O GPD reunia-se a cada 30 dias, contando com a presença das enfermeiras do CS Coloninha e os diabéticos insulinodependentes. Ocorria uma palestra, com tema definido pelo interesse dos participantes e combinado entre o grupo e eventualmente convidados realizavam a palestra.

O controle glicêmico dos diabéticos insulinodependentes não era verificado, já que em grupo era difícil de analisar um por um, somente alguns que faltavam ao grupo ou nos procuravam com dúvidas, era agendado consulta individual, e na consulta era analisado o controle glicêmico.

Alguns diabéticos insulinodependentes saiam cedo, outros chegavam mais tarde e aqueles que não compareciam a reunião, durante a semana, buscavam no CS os insumos para o controle do DM.

Muitos não estavam aderindo a tríade (medicação, exercício e dieta), mais especificamente a dieta e exercício físico. Os valores glicêmicos eram monitorados regularmente no domicílio, deixando de lado as mudanças no estilo de vida. A insatisfação e perda da motivação por parte dos diabéticos insulinodependentes também era constante, acreditavam que estavam aderindo ao tratamento, sem melhora nos valores glicêmicos.

Evidências científicas apontam para a importância da mudança no estilo de vida para o diabético insulinodependente, proporcionando melhor controle metabólico e evitando o aparecimento de complicações. As mudanças no estilo de vida, para o controle de uma doença crônica, é caracterizado pela baixa adesão dos diabéticos insulinodependentes (COSTA *et al*., 2011).

Em revisões sistemáticas, evidenciou-se, que apesar dos diabéticos fazerem parte de um grupo de apoio, nem sempre eles seguiam as orientações prescritas e transgridem as orientações medicamentosas, automedicando-se, reforçando o estabelecimento de estratégia que trabalhe a importância do autocuidado e controle na saúde (COSTA et al., 2011).

2ª ETAPA: Modalidade assistencial individual ao diabético insulinodependente

Segundo a Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis, a população com idade superior a 18 anos, residente na área de abrangência do CS Coloninha, é 7845 habitantes. Atualmente temos 302 portadores de Diabetes cadastrados no CadFam, sendo 109 na área 71 na área de atuação da pesquisadora. Desses 302 diabéticos cadastrados, 65 são insulinodependentes e fazem parte do PAMG (CADFAM, 2014).

Totalizam 65 diabéticos insulinodependentes, atendidos mensalmente no GPD. Com a escolha da modalidade assistencial de atendimento individual, os diabéticos insulinodependentes foram orientados no GPD, que os próximos atendimentos seriam individual.

Dividiram-se os 65 usuários entre as duas enfermeiras, sendo que a pesquisadora trabalha com 33 usuários. Em 2013, as consultas individuais passam a ser a nova modalidade assistencial. O agendamento das consultas de enfermagem é realizado pelos diabéticos insulinodependentes ou familiares na recepção do CS.

Para ter o diagnóstico da realidade dos diabéticos insulinodependentes, realizou-se levantamento de dados em prontuários, avaliou-se controle glicêmico questionando-se com os diabéticos sobre a adesão ao tratamento (dieta, exercício físico, medicamentos).

O diagnóstico apresentou que as reuniões do GPD não estavam surtindo efeito, quanto à adesão ao tratamento e melhora da qualidade de vida.

Nas primeiras consultas de enfermagem, com o diagnóstico da realidade, iniciaram-se questionamentos das enfermeiras sobre a modalidade assistencial de atendimento.

Constatou-se, através das consultas com os diabéticos, que a adesão ao auto cuidado com a educação em saúde individual realizada nas consultas de enfermagem, respondem na mudança de comportamento e no autocuidado.

Na consulta de enfermagem problemas relativos a saúde do cliente, podem ser avaliados e direcionados pelo enfermeiro. É também na consulta de enfermagem que se permite desenvolver pactuação(es) entre profissional, cliente e família (COSTA et al., 2012*).*

A consulta de enfermagem é uma atividade independente, que propicia condições para a melhoria da qualidade de vida com abordagem contextualizada e participativa. Além da competência técnica, o enfermeiro deve demonstrar interesse pelo ser humano e pelo seu modo de vida a partir da consciência reflexiva de suas relações com o indivíduo, família e comunidade (COSTA et al., 2012*).*

A assistência de enfermagem deve ser integralizada, individualizada e interativa, pois o cuidado requer conhecimento do outro ser e o profissional deve ser capaz de entender as necessidades do outro e responder de forma adequada.

O Enfermeiro utiliza a autonomia profissional na realização de suas atividades, assume responsabilidades quanto aos problemas de seus clientes, através de cuidados diretos e indiretos, orientações e encaminhamentos. A consulta de enfermagem permite exercer a função de educador, esclarecendo sobre a terapêutica, aumentando a eficácia do tratamento medicamentoso ou profilático (COSTA *et al*., 2012*).*

A assistência de enfermagem ao cliente, à família e à comunidade deve objetivar a promoção, manutenção e recuperação da saúde, utilizando os recursos disponíveis - técnicos, científicos, habilidades instrumentais e expressivas.

O controle glicêmico dos diabéticos insulinodependentes é verificado todos os meses. As verificações no domicílio são feitas de 1 a 4 vezes ao dia, conforme esquemas de insulina e anotados em papel após verificação nos aparelhos, sendo a análise dos valores realizadas pelas enfermeiras uma vez ao mês.

O planejamento da assistência de enfermagem requer do enfermeiro o conhecimento da história natural da doença, a fim de nortear as dimensões preventivas e curativas do cuidado de enfermagem ao cliente, bem como as estratégias educativas que o capacitam para executar as atividades de autocuidado (COSTA *et al*., 2012).

Em alguns casos havia necessidade de encaminhamentos para equipe multiprofissional e contamos com o apoio do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) assim como Nutricionista, Educadora Física, Psicóloga, alguns foram encaminhados ao Grupo de Tabagismo, Grupo de Saúde Mental, Psiquiatra.

O trabalho multiprofissional traz o princípio de integralidade das ações e do cuidado, pois as ações são planejadas em conjunto, unindo saberes, garantindo a continuidade do trabalho e fazendo com que cada profissional se responsabilize pelo usuário atendido, portanto considerado um diferencial na redução dos parâmetros clínicos e dados antropométricos do diabético (PEIXOTO; SILVA, 2011).

Alguns casos mais difíceis como diabéticos em hemodiálise com necessidade de rever dosagem de insulina, passaram pelo médico de família e alguns foram encaminhados ao endocrinologista para mudanças no esquema.

A modalidade assistencial da visita domiciliar tornou-se aliada na de esquemas medicamentosos, conhecimento da realidade familiar, resolução de conflitos familiares e definição de cuidadores, isso tudo aconteceu a partir da consulta de enfermagem, que foi um espaço para avaliar também as necessidades.

A inclusão do familiar no tratamento traz benefícios, pois ajuda a diminuir o sentimento de desamparo e solidão diante das situações do dia a dia (PEIXOTO; SILVA, 2011).

Muitos dos diabéticos insulinodependentes apresentam mudanças nos primeiros três meses, constatadas na análise dos valores glicêmicos e relatos de mudanças no estilo de vida sendo motivação para o tratamento, já que foi possível ver através dos resultados, os diabéticos se sentem motivados com as mudanças.

Cerca de 15 participantes houve redução dos níveis glicêmicos constatados em registros nos prontuários, fazendo com que a média mensal passasse de 300 mg/dl a < 200 mg/dl.

Essa realidade não aconteceu em todos os casos. A educação em saúde é uma combinação de oportunidades que favoreçam a manutenção da saúde e sua promoção, como na adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos.

As complicações do Diabetes podem surgir mais rapidamente se não houver um controle glicêmico. A educação em saúde é ferramenta intrínseca a formação do enfermeiro e estratégia a qualidade de vida dos doentes crônicos, sendo um cuidado fundamental especialmente aos diabéticos (JESUS; SABÓIA *et al*., 2010).

A implantação de um programa de educação em saúde para orientar o usuário ao autocuidado diminui a ansiedade e melhora a sua adesão ao tratamento, tornando-o protagonista do processo saúde-doença (PACHECO; SANTOS; BREGMAN, 2007).

Além do conhecimento científico e habilidades técnicas, o enfermeiro precisa conhecer os aspectos emocionais que levam os usuários a agir sobre o seu cuidado e as necessidades (PACHECO; SANTOS; BREGMAN, 2007).

A consulta de Enfermagem possibilita esse olhar e escuta atenta, permitindo espaço para falarem de suas angústias e necessidades, favorecendo o vínculo e permitindo que profissionais analisem dados objetivos (registro dos níveis glicêmicos), que demonstram adesão ao tratamento.

A interação entre o profissional e o diabético deve respeitar os aspectos culturais, criar diálogo que favoreça a mudança de comportamento. O ato de saber escutar, refletir sobre as vivências e percepções dos usuários, pode melhorar a adesão ao autocuidado (TORRES; PEREIRA; ALEXANDRE, 2011).

Para os profissionais da saúde, conhecer as concepções que levam os usuários a motivarem-se, favorece a construção de um vínculo que leva a um processo de mudança na busca de um estilo de vida ou reorganização do estilo já incorporado (PEIXOTO; SILVA, 2011).

4. CONCLUSÃO

A educação em saúde não é uma tarefa fácil e deve ser realizada continuamente por parte dos profissionais, trazendo resultados em longo prazo. As mudanças no estilo de vida não são fáceis, exigindo dos profissionais e usuários, paciência, empatia, construção de vínculo e parceria. A tarefa de educar é uma função que exige persistência, criatividade, inovação, sendo necessária a reavaliação contínua dos resultados e inovação do atendimento.

Esse estudo aconteceu através da análise realizada no atendimento a pessoa de Diabetes, levando-nos a conclusão de que o atendimento que era realizado antes não era o suficiente para alcançar a adesão dos portadores de Diabetes ao tratamento.

A educação em saúde da forma que estava sendo realizada foi insuficiente para que os usuários aprendessem sobre o autocuidado e compreendessem a importância deste para o tratamento, o que nos levou a refletir enquanto profissionais sobre o que poderia ser modificado em nossa prática profissional para que pudéssemos atingir essas pessoas e melhorar tanto os valores glicêmicos, a qualidade de vida e reduzir as complicações.

A consulta de Enfermagem nos proporcionou conhecimento da realidade, permitindo a construção de vínculo através da escuta e empatia sem julgamento crítico da situação. Aos poucos conseguimos que os usuários falassem sobre suas dificuldades, fragilidades e pensassem num plano de ação conjunto, sendo corresponsáveis na elaboração do plano de cuidado.

Todo processo de mudança tem suas fragilidades e potencialidades para acontecer. Acreditamos que a maior fragilidade seja que o usuário perceba a importância da educação em saúde através da consulta de enfermagem para melhorar a sua qualidade de vida.

Em Florianópolis possuímos potencialidades que favorecem a consulta de enfermagem, a construção de vínculo e a educação em saúde. O CS disponibiliza estrutura física, apoio de outros profissionais de saúde, sistema informatizado de prontuários, capacitações e disponibilidade de protocolos do Ministério da Saúde, que nos norteiam no atendimento.

Mesmo identificando que o atendimento individual foi a melhor forma de alcançar a adesão dos usuários ao tratamento, temos como unir as duas formas de atendimento, tanto a individual quanto a coletiva, para que o mesmo tenha a oportunidade em praticar a escuta individual e da interação com outras pessoas que vivenciam problemas semelhantes.

REFERÊNCIAS

[01] BERBEL, N. A. N. Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações. Londrina: UEL, 1999.

[02] BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. P. Estratégias de ensino aprendizagem. 25. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004

[03] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

[04] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica nº 16: Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

[05] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes mellitus: Ministério da Saúde, 2013.

[06] CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n° 159/1983, dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: < http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/1970/resolucao-cofen-159-1993-dispoe-sobre-a-consulta-de-enfermagem> Acessado em: 25 fevereiro 2014.

[07] COSTA, F.S; SILVA, J.L.L; GONZALE, R.R.M.O.Y; MACHADO, E.A. Valorizando a consulta de enfermagem enquanto prática profissional no contexto do Programa de saúde da família (PSF). Rev. pesqui. cuid. fundan, v. 4, n. 4, p. 2881-2889, ou.-dez. 2012.

[08] COSTA, J.A; BALGA, R.S.M; ALFENAS, R.S.G; COTTA, R.M.M. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. Cienc. saúde coletiva, v. 16, n. 3, p. 2011-2009, mar. 2011.

[09] GRILLO, M.F.F; NEUMANN, C.R; SCAIN, S.F; ROZENO, S.F; GROSS, J.L; LEITÃO, C.B. Efeitos de diferentes modalidades de educação para o auto cuidado a pacientes com diabetes. São Paulo: Rev. Assoc. Med. Bras, v. 59, n. 4, p. 400-405, jul.-aug. 2013.

[10] JESUS, P.B.R; SABOIA, V.M; CAVALCANTI, G.S.V; BARBOSA, S.G. Ação educativa no grupo de diabéticos em um Hospital Universitário: um relato de experiência. Revista Saúde, v. 4, n.2, p37-40, 2010.

[11] ORGANIZAÇÃO PAM AMERICANA DA SAÚDE (PAHO). Dados Vigitel sobre diabetes no Brasil são apresentados a imprensa. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=2837&Itemid=1> Acessado em: 20 fevereiro 2014.

[12] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Diabetes. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> Acessado em: 20 fevereiro 2014.

[13] PACHECO, G.S; SANTO, I; BREGMAN, R. Clientes com doença renal crônica: Avaliação de enfermagem sobre a competência para o auto cuidado. Esc. Anna Nery Rev. Enf, v.11, n.1, p. 44-51, mar. 2007.

[14] PEIXOTO, G.V; SILVA, R.M. Estratégias Educativas ao portador de diabetes mellitus: Revisão sistemática. Revista espaço para a saúde, v. 13, n. 1, p. 74-81, dez. 2011.

[15] PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. CadFamWeb. Disponível em <http://performer.pmf.sc.gov.br:8080/CadFamWeb/> Acesso em: 27 fev 2014.

[16] RAIMONDO, M.L; FEGADOLI, D; MEIER, M.J; WALL, M.L; LABRONICI, M.L; FERRAZ, M.I.R. Produção científica Brasileira fundamentada na teoria de enfermagem de Orem: Revisão integrativa de literatura. Brasília, 2012.

[17] SIMAS, Jorge Luiz. Diabetes Mellitus. Diagnósticos e prescrições de enfermagem. [2006?]. 4 p. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/jorge/dm.pdf> Acessado em: 20 fevereiro 2014.

[18] TORRES, G.V; DAVIM, R.M.B; NÓBREGA, M.M.L. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de Orem: Estudo de casa com uma adolescente grávida.

Rev. Latino-am.enfermagem, v. 7, n. 2, p. 47-53, abr. 1999.

[19] TORRES, H.C; PEREIRA, F.R.L.P; ALEXANDRE, R.L. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. Rev. Esc. Enf., v. 45, n.5, p. 1075-80, out. 2011.

[20] UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Educação a distância. Especialização em Linhas de cuidado em Enfermagem. Práticas Educativas em saúde e a pedagogia crítica. Florianópolis, 2014. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/course/view.php?id=49. Acesso em: 22 de março de 2014.

[21] VIGITEL. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/vigitel/vigteldescr.htm> Disponível em: 20 fevereiro 2014.

O FORNECIMENTO DE MEDICAÇÃO NO CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE PROFESSOR CANTÍDIO DE MOURA CAMPOS

THE SUPPLY OF MEDICATION IN THE CENTER FOR INTEGRAL HEALTH CARE PROFESSOR CANTÍDIO CAMPOS DE MOURA

SILVIA REGINA DE OLIVEIRA **BENVINDO**[1], ADILSON LOPES **CARDOSO**[2]

1. Aluna do curso de pós-graduação em Gestão em Saúde e Auditoria da Faculdade Ingá-Uningá; **2.** Professor, Orientador Mestre em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia pela UNESP.

* Rua João Borioli, 191, Jardim Paraíso, Botucatu, São Paulo, Brasil. CEP: 18610-270. silviabenvindo@gmail.com

Recebido em 05/2014. **Aceito** para publicação em 08/2014

RESUMO

O trabalho objetivou a avaliar a aquisição de medicamentos padronizados de psicotrópicos e clínicos para CAIS foram suficientes para suprir a demanda no período de 2006 a 2010 por um estudo descritivo documental através de coleta de dados junto aos Núcleos Finanças, Suprimento e Gestão de Contratos que possui o sistema de Controle de Estoque – SCEw da Secretaria de Estado da Saúde e Farmácia por controlar esses dados, através de tabelas quantitativas dos medicamentos adquiridos analisados por gráficos. As aquisições dos medicamentos padronizados no CAIS no período de 2006 a 2010 demonstram que é garantida e que é suficiente para atender a demanda apresentada, trabalhando sempre com uma margem no estoque que possibilita aguardar por um período confiável a entrega da nova compra. Sendo assim compreendemos que os usuários do SUS do CAIS Professor Cantídio estão amparados em leis, temos que conhecer nossos direitos, pois dependemos de políticos e gestores comprometidos para garantia à continuidade da assistência à saúde a todos.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental, serviços de saúde mental, custos de medicamentos, assistência farmacêutica.

ABSTRACT

The study aimed to evaluate the acquisition of standard drugs and psychotropic substances for medical CAIS were sufficient to meet demand in the period 2006-2010 by a documentary descriptive study by collecting data from the Centers Finance, Procurement and Contract Management which has the system Inventory Control - SCEw the Secretary of State for Health and Pharmacy for controlling the data through quantitative tables of drugs purchased by graphical analysis. The acquisitions of the CAIS standard in the period 2006-2010 show that medication is guaranteed and that is sufficient to meet the demand presented, always working with a margin in stock which allows for a reliable period awaiting delivery of the new purchase. Thus we understand that users of SUS CAIS Teacher Cantídio are backed by laws, we have to know our rights, because we depend on politicians and managers committed to ensuring the continuity of care for the health of all.

KEYWORDS: Mental health, mental health services, drug costs, pharmaceutical assistance.

1. INTRODUÇÃO

A administração de materiais está se destacando como um ponto crítico, entre outros, na gestão das unidades de saúde. O setor público, particularmente, vem se preocupando de forma crescente com a questão da eficiência, resultando em uma ampla discussão da necessidade de profissionalização das ações das atividades meios.

Os medicamentos psiquiátricos representam um importante aliado do processo terapêutico, pois melhoram o referencial emocional do paciente ao mesmo tempo em que favorecem a relação de confiança ente médico e paciente.

Reconhece-se, assim, que a oferta de produtos de qualidade, em quantidades adequadas é adquirida por um preço razoável são aspectos-chaves na viabilização econômica das unidades.

Por isso, a pesquisa acadêmica sobre a oferta de medicamentos psiquiátricos é importante, tanto para ampliar a discussão sobre o assunto, como para oferecer subsídios para novos trabalhos, uma vez que essas pesquisas são necessárias para eliminar o estigma que os pacientes psiquiátricos ainda possuem e para fortalecer a proteção e o respeito à sua autonomia.

O trabalho objetivou a avaliar a aquisição de medicamentos padronizados de psicotrópicos e clínicos para CAIS foram suficientes para suprir a demanda no período de 2006 a 2010 por um estudo descritivo documental através de coleta de dados junto aos Núcleos Finanças,

Suprimento e Gestão de Contratos que possui o sistema de Controle de Estoque – SCEw da Secretaria de Estado da Saúde e Farmácia por controlar esses dados, através de tabelas quantitativas dos medicamentos adquiridos analisados por gráficos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O trabalho fará um estudo descritivo documental para avaliar se a aquisição de medicamentos psiquiátricos atende a todas as necessidades do CAIS através de coleta de dados junto aos Núcleos de Farmácia e Finanças, Suprimento e Gestão de Contratos do CAIS, no período de 2006 a 2010, por possuírem os dados necessários para o trabalho, através de tabelas quantitativas dos medicamentos adquiridos que será analisada através de gráficos do programa Microsoft Excel 2007.

Primeiramente solicitamos ao Núcleo Finanças, Suprimento e Gestão de Contratos do CAIS que possui o Sistema de Controle de Estoque – SCEw da Secretaria de Estado da Saúde a relação dos medicamentos adquiridos pelo CAIS, recebemos o documento consumo da farmácia do período de 2006 a 2010 dos medicamentos psicotrópicos e clínicos, com esta listagem criamos uma tabela no programa Microsoft Excel 2007 contendo os nomes, unidade e quantidade de cada medicamento.

Na tabela incluímos o estoque final de cada ano anterior, a compra ano, o consumo anual do ano anterior e o saldo remanescente do ano. O consumo anual já tinha os dados, mas para estoque final, na compra realizada, consultamos cada item para ver a quantidade e transferíamos para a tabela que criamos. Na tabela incluímos formula onde obtivemos o saldo remanescente de cada medicamento psicotrópico e clínico e o total geral do estoque, da compra realizada do consumo anual e o saldo remanescente no período de 2006 a 2010.

Como tínhamos 231 itens de medicamentos para serem analisados pegamos todos os itens dos medicamentos psicotrópicos do período de 2006 a 2010 e inserimos gráfico de barras onde constaram os itens em várias ordens de crescimento sendo que alguns itens nem apareceu no gráfico.

Diante deste fato resolvemos trabalhar só com os totais apresentados na tabela do estoque, compra consumo anual e saldo remanescente de cada ano dos medicamentos psicotrópicos e clínicos. Assim obtivemos os gráficos de 1 a 6 apresentados neste trabalho e foi com muitas dificuldades de como fazer a tabela, inserir formula, inserir gráfico, quantidade nos gráficos, de ter que fazer coisas que não sabíamos e que dependíamos uma máquina – o computador e seus recursos que sem a ajuda de muitos amigos não teríamos conseguido.

No anexo 2 que é a tabela que utilizamos neste trabalho, colocamos todos os itens dos medicamentos padronizados do CAIS de psicotrópicos e clínicos, o estoque, a compra, o consumo anual e o saldo remanescente do ano de 2006 para demonstração e visualização dos dados coletados e inseridos ou outros anos de 2007 a 2010 só muda os valores das quantidades que coletamos ano a ano.

3. DESENVOLVIMENTO

A dispensação de medicamentos no Brasil, conforme Carvalho (2008) segue as determinações do Ministério da Saúde, que divide os medicamentos em dois grupos: medicamentos essenciais e medicamentos de alto custo ou excepcionais.

Os medicamentos essenciais são os medicamentos comuns que compõem uma farmácia básica, de baixo custo unitário e que se destinam ao tratamento da maioria das enfermidades (MPU, 2006).

A Organização Mundial de Saúde – OMS define medicamentos essenciais como os que satisfazem às necessidades prioritárias de saúde da população, sendo selecionada de acordo com sua pertinência para a saúde pública, a existência de evidencias sobre sua eficácia, segurança e sua eficácia comparada aos custos. Além disso, enfatiza que devem estar disponíveis nos sistemas saúde, em quantidades suficientes, nas formas farmacêuticas apropriadas, com garantia da qualidade e informação adequada, ao preço que os pacientes e a comunidade possam pagar (OMS, 2002).

O conceito de medicamentos essenciais e sua aplicabilidade continuam tão atuais e úteis quanto a 29 anos. As vantagens de adoção limitada de medicamentos essenciais são de várias ordens: 1) suprimentos: facilita a aquisição, o armazenamento e a distribuição; os estoques são menores e melhora a garantia da qualidade; a dispensação torna-se mais fácil; 2) prescrição: o treinamento pode ser focado e consequentemente mais fácil; propicia-se mais experiência com poucos fármacos; evitam-se as alternativas irracionais de tratamento; foca-se na informação sobre medicamentos; facilita o melhor reconhecimento de eventos adversos; 3) custo: os preços ficam baixos devido à concorrência no momento da compra; 4) uso pelos pacientes: foca o esforço na educação; reduz a confusão e aumenta a adesão ao tratamento; melhoria a disponibilidade de medicamentos (MSH, 1997).

Os essenciais estão em uma lista nacional de referência, cuja distribuição deve ser gratuita a todo cidadão, dentro do SUS. Os de alto custo possuem alto valor unitário ou que, pela continuidade do tratamento se torna excessivamente caros para os usuários, a maioria portadora de doenças crônicas. A PNM (Política Nacional de Medicamentos) foi criada com o intuito de garantir o acesso universal e igualitário a todas as ações de saúde (regulação sanitária, regulação econômica e assistência farmacêutica). A Secretaria de Assistência à Saúde criou protocolos de fornecimento de medicamentos específicos para cada doença, predeterminados através de con-

senso médico. Para ampliar o financiamento dos medicamentos excepcionais ou de alto custo foram criados, a partir de 1999, os Protocolos Clínicas e Diretrizes Terapêuticas, para cada um desses medicamentos de alto custo, na intenção de racionalizar as prescrições e dispensações. Dessa forma, para cada enfermidade conforme estes protocolos devem existir uma forma de tratamento única, e a população terá acesso aos medicamentos indicados nos protocolos frente à indicação médica (CARVALHO, 2008).

No entanto, a autora ressalta que, no caso de medicamentos de alto custo, nem sempre o prescrito pelo médico é o fornecido pelo poder público, o que acaba causando uma contradição.

A questão da eficiência é uma preocupação atual do setor público, bem como a necessidade de profissionalização das ações. Na gestão das unidades de saúde, a administração de materiais é um dos pontos críticos, pois a oferta de produtos de qualidade, em quantidade e preço razoáveis inviabiliza economicamente as unidades. O mercado brasileiro de medicamentos é grande, com incorporação constante de novos medicamentos. A qualidade do medicamento é indiscutível, e espera-se que ele possua, no momento em que for utilizada, sua ação farmacológica preservada. Porém, para os serviços públicos de saúde, ainda existem dificuldades quanto à uniformização das exigências legais e técnicas nos processos de aquisição. Isso porque ainda existem dificuldades quanto ao acesso a informações e orientações seguras a respeito dos processos de licitação, principalmente no quesito habilitação dos produtores.

A Política Nacional de Medicamentos do Ministério da Saúde com a lei de criação da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, em 2003 a agencias redefiniu as regras para o registro de medicamentos no Brasil e sua renovação.

Por conta das suas especificidades essas categorias possuem legislação própria. A Homeopatia afirma que os medicamentos têm propriedades terapêuticas produzidas por uma energia vital proveniente do processo de dinamização de extratos vegetais, animais ou minerais. A Fitoterapia entende que os extratos vegetais, compostos de substancias produzidos pela natureza, são tão ou mais seguros e eficazes que os produzidos sinteticamente. A produção de medicamentos com substancias quimicamente definidas faz uso de tecnologia de produção oriunda de sínteses químicas ou biológicas ou do isolamento de substancias da natureza.

O serviço de acompanhamento do desempenho dos medicamentos que já se encontram no mercado é chamado de farmacovigilância e suas ações são realizadas pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e as vigilâncias sanitárias dos estados e municípios (ANVISA, 2010).

Segundo a ANVISA (2010), embora os medicamentos sejam criados para prevenção, alívio e cura das mais diversas enfermidades, podem produzir efeitos colaterais indesejados ou prejudiciais. Por isso, a farmacovigilância se tornou uma atividade indispensável para a regulação sanitária, uma vez que protege a população dos possíveis danos causados pelos medicamentos através da identificação do risco e de intervenções em sua comercialização.

Esse processo em andamento visa qualificar o mercado farmacêutico nacional refletindo anseios dos consumidores, dos profissionais de saúde, dos fabricantes e de instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS). Este processo, “sem volta’’, está sujeito a avaliações periódicas visando à correção de rotas e à absorção de fatores que se revelarem importantes para sua adequação no próprio momento histórico de sua construção. A mudança é gradual, em acordo com parâmetros internacionais, contudo levará a uma desejável realidade no futuro: a certeza de que todos os medicamentos à disposição no País terão acréscimos fundamentais nos quesitos de segurança, eficácia e qualidade.

4. RESULTADOS

O CAIS “Professor Cantídio” norteia suas compras na padronização feita pela Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT em conjunto com a Comissão de Infecção

Relacionada à Assistência em Saúde – CCIRAS do CAIS que atua na padronização de antimicrobianos.

Os medicamentos comprados pertencem às seguintes classes:

Anestésicos locais
Antipiréticos e analgésicos
Anti-inflamatórios
Antialérgicos e medicamentos usados em anafilaxia
Antibacterianos
Soluções intravenosas para reposição hidroeletrolítica
Vitaminas e minerais
Medicamentos que atuam sobre o Sistema Nervoso Central e Periférico
Medicamentos que atuam sobre o Sistema Digestivo
Medicamentos que atuam sobre o Sistema Cardiológico e Renal
Medicamentos que atuam sobre o Sistema Respiratório
Medicamentos utilizados no tratamento/prevenção da osteoporose
Medicamentos antilipêmicos
Antifúngicos
Antiparasitários
Antidepressivos e estabilizadores do humor
Antipsicóticos e adjuvantes

Ansiolítico e sedativos hipnóticos

Medicamentos que atuam sobre o sistema Endócrino e Reprodutor

No CAIS trabalha-se com uma lista de medicamentos padronizados para medicamentos psicotrópicos, em torno de 62 itens e de medicamentos clínicos, com 169 itens (anexo 1).

O processo de seleção de medicamentos deve cumprir o objetivo de assegurar uma terapêutica racional e de baixo custo.

Além dos medicamentos pertencentes ao RENAME, é necessária a padronização de outros para atender às necessidades dos pacientes do CAIS. A padronização de medicamentos em um hospital deve ser o resultado concreto do processo de seleção de medicamentos desenvolvido na instituição e reflete critérios terapêuticos.

Os benefícios terapêuticos são a promoção do uso racional e a melhoria da resolutividade terapêutica, acesso a medicamentos eficazes, seguros e voltados à doença prevalente. Os benefícios econômicos compreendem a racionalização dos custos dos tratamentos e otimização dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis na instituição.

O CAIS "Professor Cantídio" possui 231 medicamentos padronizados, sendo 62 psicotrópicos e 169 clínicos.

O Núcleo de Farmácia do CAIS que relaciona e verifica as quantidades que serão compradas/adquiridas para o ano e nesta quantidade é somado/inserido mais 30% a mais que chamamos de margem de segurança para que não ocorra a falta de nenhum destes medicamentos.

No período de 2006 a 2010, o CAIS Professor Cantídio comprou/adquiriu os medicamentos padronizados de psicotrópicos e clínicos conforme as Figuras de 1 a 5.

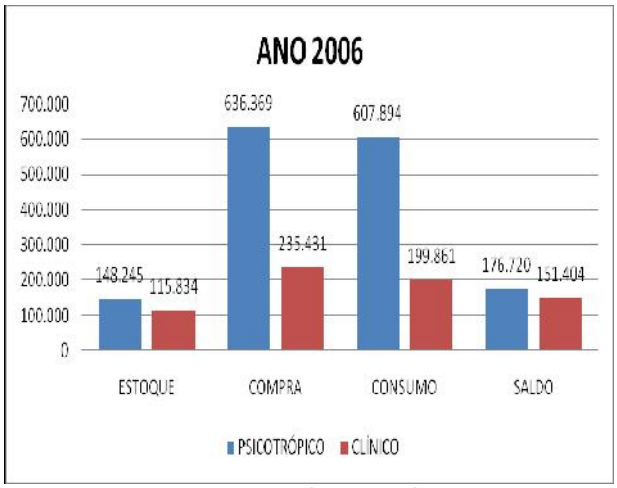


Figura 1. Medicamentos psicotrópicos e clínicos adquiridos pelo CAIS em 2006. **Fonte:** CAIS, Tabulado pelo autor.

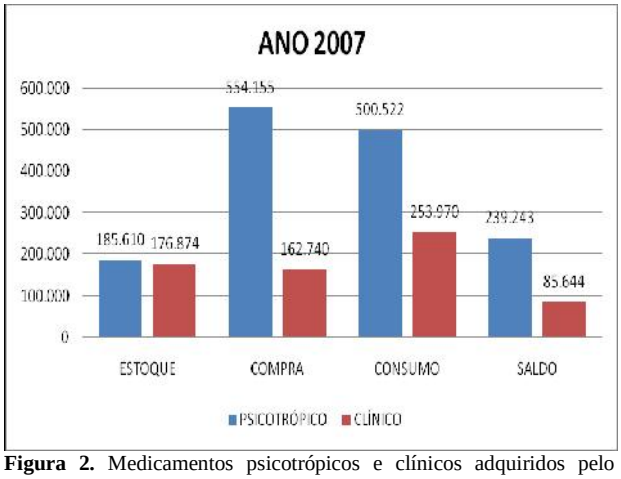


Figura 2. Medicamentos psicotrópicos e clínicos adquiridos pelo CAIS em 2007. **Fonte:** CAIS, Tabulado pelo autor.

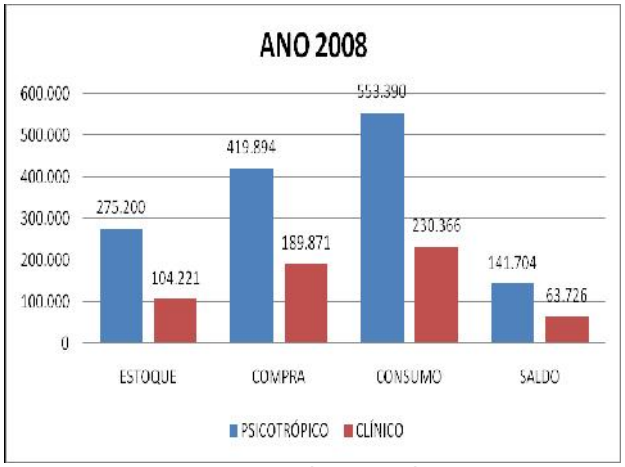


Figura 3. Medicamentos psicotrópicos e clínicos adquiridos pelo CAIS em 2008. **Fonte:** CAIS, Tabulado pelo autor.

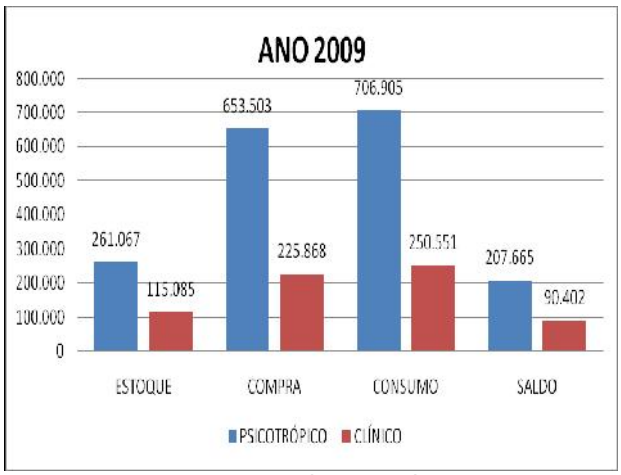


Figura 4. Medicamentos psicotrópicos e clínicos adquiridos pelo CAIS em 2009. **Fonte:** Tabulado pelo autor.

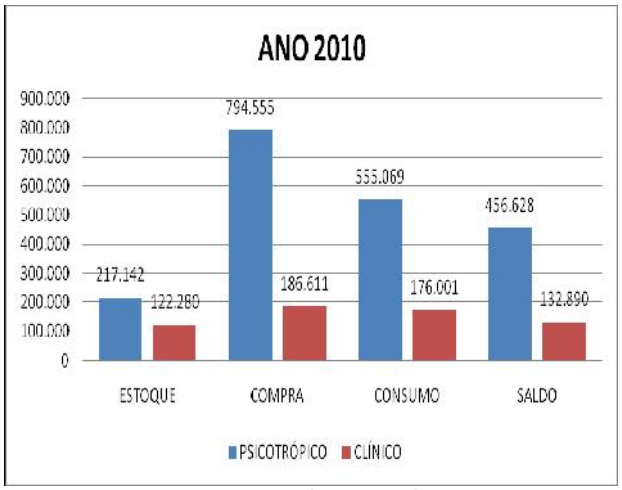


Figura 5. Medicamentos psicotrópicos e clínicos adquiridos pelo CAIS em 2010 **Fonte:** Tabulado pelo autor.

Nos gráficos acima referentes ao período de 2006 a 2010 constam os estoques dos anos anteriores, as compras realizadas para necessidade de cada ano, os consumos anuais dos anos anteriores e os saldos, o que sobrou de cada ano que poderíamos dizer que é o estoque.

Nas figuras se observam o saldo de cada ano e o estoque do ano seguinte eles são diferentes porque podemos receber de outros serviços transferências, doações ou devoluções de medicamentos que foi emprestado e quando temos esta situação o Núcleo Finanças, Suprimento e Gestão de Contratos do CAIS fazem a entrada desses medicamentos no estoque.

Quando falamos de quantidade comprada ou adquirida dos medicamentos padronizados os 62 itens de medicamentos psicotrópicos é menor comparado com os 169 itens de medicamentos clínicos, mas a quantidade e o estoque dos 62 itens de medicamentos psicotrópicos serão sempre maiores que os medicamentos clínicos.

O estoque por sua vez também demonstra que os medicamentos psicotrópicos são maiores que o estoque dos medicamentos clínicos.

O consumo anual e o saldo destes medicamentos também demonstram que os psicotrópicos continuam sempre maiores que os medicamentos clínicos.

Se na assistência ao paciente ocorrer à necessidade de uma prescrição médica de um determinado medicamento que não conste na lista dos medicamentos padronizados pela Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT do CAIS existe um recurso financeiro emergencial (pequeno) destinado a compra deste medicamento através de três pesquisas de preços nas farmácias da cidade para a aquisição neste momento e se neste período ocorrer à necessidade de continuar com esta medicação por um período maior a Comissão de Farmácia e Terapêutica do CAIS analisara a necessidade e o custo que vai determinar como será adquirido este medicamento futuramente através de outro recurso financeiro previsto no do Programa Orçamentário Setorial. Podendo ou não este medicamento ser incluído na lista dos medicamentos padronizados do CAIS caso o paciente seja morador deste CAIS e se for paciente da Unida de Internação recebera o medicamento até sua alta hospitalar e após será encaminhado ao município de origem para continuidade ou não do tratamento.

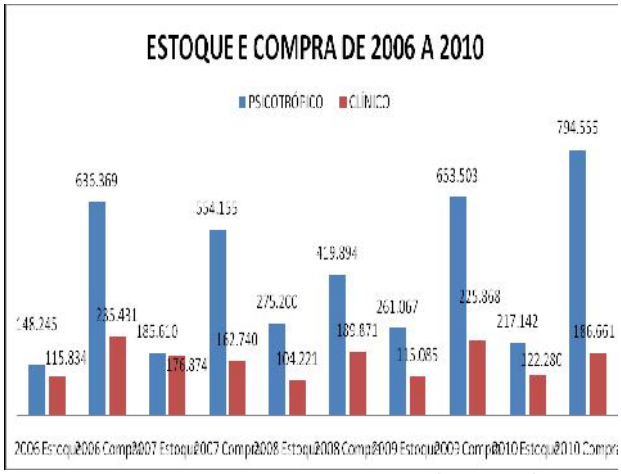


Figura 6. Distribuição de medicamentos psicotrópicos e clínicos em estoque e compra, de 2006 a 2010. **Fonte:** Tabulado pelo autor

Na Figura 6 colocamos o estoque e compra de cada ano dos medicamentos psicotrópicos e clínicos período de 2006 a 2010, o estoque às vezes se mantém do mesmo tamanho entre os anos e a compra apresenta um crescimento ou não entre os anos, tudo vai depender do consumo anual e estoque final para definir a nova compra.

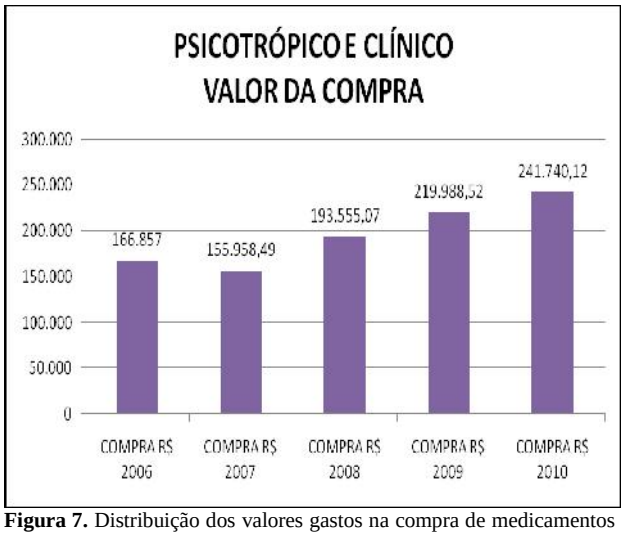


Figura 7. Distribuição dos valores gastos na compra de medicamentos psicotrópicos e clínicos, de 2006 a 2010. **Fonte:** Tabulado pelo autor

Não podemos falar de compra realizada no período de 2006 a 2010 sem falar do recurso financeiro executado pelo CAIS através do Programa Orçamentário Setorial – POS que é realizado anualmente juntamente com sua seria histórica que define o recurso orçamentário para a aquisição destes medicamentos para próximo ano.

Na Figura 7 notamos um crescimento significativo deste recurso financeiro investido nesse período onde o aumento desse valor é decorrente do valor destes medicamentos no mercado e da quantidade adquirida.

As aquisições dos medicamentos padronizados no CAIS no período de 2006 a 2010 demonstram que é garantida e que é suficiente para atender a demanda apresentada, trabalhando sempre com uma margem no estoque que possibilita aguardar por um período confiável a entrega da nova compra.

5. CONCLUSÃO

Assim concluímos que o objetivo proposto neste trabalho de avaliar a aquisição de medicamentos para o CAIS Professor Cantídio no período de 2006 a 2010 e se essa compra é suficiente para atender a sua demanda, concluímos que através do estudo realizado baseado no estoque, consumo anual e a compra realizada conseguiram demonstrar que o CAIS executa e consegue manter anualmente o objetivo proposto mediante a necessidade apresentada.

E com a publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

CAPÍTULO IV
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE
Seção II
Da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME

Art. 25. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Parágrafo único. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

Art. 26. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Art. 27. O Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar à prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

§ 1o Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§ 2o O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.

Art. 29. A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

Sendo assim compreendemos que os usuários do SUS do CAIS Professor Cantídio estão amparados em leis, temos que conhecer nossos direitos, pois dependemos de políticos e gestores honestos e sérios que queiram realmente trabalhar e garantir à continuidade da assistência à saúde a todos.

REFERÊNCIAS

[1] AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA – ANVISA. Farmacovigilância. 2010. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/posuso/farmacovigilancia.
Acesso em: jul. 2011.

[2] AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA – ANVISA. Política vigente para a regulamentação de medicamentos no Brasil. 2010. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br.

[3] BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rename2010final.pdf.

[4] BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 de junho de 2011.

[5] CARVALHO, L.J.M.A. Sobre a política de dispensação de medicamentos no Brasil: mínimo necessário para a efetivação do direito à saúde. Revista Direito e Justiça. Ano 5.8, n. 11, p.163-5 nov. 2008. Disponível em: http://srvapp2s.urisan.tche.br/seer/index.php/direito_e_justica/article/view/201/135.

[6] MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO- - MPU. Medicamentos excepcionais. 2006. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/pfdc/institucional/grupos-de-trabalho/saude/atuacao/manuais-deatuacao/Manual%20Medicamentos%20Excepcionais%20-%203a%20revisao.pdf.

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES TIPO II

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH TYPE II DIABETES

LUCINEI MARIA **BARILI**[1], JOSYARA **PENDLOSKI**[2]

1 Aluna do curso de graduação em Enfermagem da UNINGÁ.); **2.** Especialista em Administração da Assistência de Enfermagem e Administração Hospitalar – UNIVALE.

* Avenida Londrina, 1365 Zona 8, Maringá, Paraná, Brasil. CEP:87050730. www.josypendlosk@gmail.com

Recebido em 03/2014. **Aceito** para publicação em 04/2014

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo identificar e observar fenômenos existentes, situações presentes que possam influenciar na qualidade de vida para a pessoa diabética, reconhecer os aspectos mais influenciados pela doença e o seu grau de satisfação com a vida. Participaram do estudo, 30 indivíduos diabéticos, adultos, de ambos os sexos, em tratamento ou não ambulatorial. Foi aplicado um questionário WHOQOL- ABREVIADO, avaliando a qualidade de vida e sócio demográfico onde os resultados obtidos demonstraram que o significado de qualidade de vida relacionou-se, prioritariamente, ao bem-estar físico (56,67%), à estabilidade socioeconômica (56,67%) e ao bem estar psicoemocional (73,33%). Os aspectos mais afetados pela doença foram: capacidade física (56,67%) ambiente físico como: clima, barulho, poluição (46,67%), dor física (56,67%). Conclui-se que na maioria dos entrevistados, avaliaram que (70%) estão Nem Satisfeito e Nem Insatisfeito com a sua saúde, (20%) como Satisfeito e (10%) deles como Insatisfeito. Ressalta-se a importância de que, na assistência à pessoa diabética, seja considerada a multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida, diabetes mellitus, atenção primária em saúde.

ABSTRACT

This study aims to identify and observe phenomena existing, present situations that can influence the quality of life for diabetic person, recognizing the most affected by the disease and their degree of satisfaction with life. Participated in the study, 30 diabetic subjects, adults of both sexes, in outpatient treatment or not. We used a questionnaire WHOQOL-BRIEF, assessing the quality of life and socio demographic where the results showed that the meaning of quality of life was related primarily to the physical well-being (56.67%), stability socio-economic (56.67%) and psycho-emotional well-being (73.33%). The most affected by the disease were: physical capacity (56.67%) physical environment such as climate, noise, pollution (46.67%), bodily pain (56.67%). We conclude that the majority of respondents that rated (70%) are Neither Satisfied Nor Dissatisfied with and their health (20%) and as Satisfied (10%) of them as dissatisfied. We stress the importance of that in attending the diabetic person, is considered the multidimensionality of the concept of quality of life.

KEYWORDS: Quality of life, diabetes mellitus, primary health care.

1. INTRODUÇÃO

Diabetes tipo II caracteriza-se pela falha de secreção de insulina ou ação da mesma no organismo, tendo níveis elevados de glicose no sangue (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), estima-se que, em 1995, a Diabetes atingia 4,0% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará a cifra de 5,4%.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que cerca de 177 milhões de pessoas fossem portadores de Diabetes no ano de 2000, e que em 2025 terá em torno de 300 milhões de pessoas.

Segundo Ortiz e Zanetti (2001), o impacto que a Diabetes tem ocasionado, tanto em termos de produtividade quanto de custos, vem sendo reconhecido como problema de saúde pública com reflexos sociais importantes.

Diabetes e suas manifestações crônicas vêm sendo a cada dia causas comuns de hospitalização e afastamento do trabalho (ORTIZ, ZANETTI, 2001).

Diabetes por ser uma doença sem tratamentos satisfatórios, onde os problemas clínicos estão nas complicações crônicas, sugere que as sequelas crônicas tenham um grande impacto na vida desses doentes (SILVA *et al*., 2003)

Segundo Martins, França e Kimura (1996) definem que “a qualidade de vida é um conceito intensamente marcado pela subjetividade, envolvendo todos os componentes essenciais da condição humana”. O DM e, principalmente, seu tratamento são caracterizados por alterações importantes no cotidiano dos pacientes, além de afetar diretamente a qualidade e o estilo de vida dos acometidos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, que visa descobrir e observar fenômenos existentes, situações presentes, procurando descrevê-los, classificá-los, interpretá-los e avaliá-los, com o objetivo de aclarar situações para idealizar futuros planos e decisões. (MARTINS, 2008).

O questionário utilizado neste estudo foi o WOQOL – ABREVIADO no qual abrange perguntas a respeito de qualidade de vida, saúde e outras áreas da vida do indivíduo entrevistado.

Foram entrevistados 30 indivíduos diabéticos tipo II de ambos os sexos, foi realizada no domicílio, com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos pacientes, na cidade de Floraí PR, por intermédio do centro de saúde, contendo informações detalhadas sobre a pesquisa e como se daria a avaliação, os indivíduos foram selecionados através do programa hiperdia do município, no período de 11/2011 a 07/2012.

Os resultados obtidos foram expressos num gráfico onde se avaliou a Qualidade de Vida desses pacientes entrevistados no qual avalia o Psicoemocional, Capacidade Física, ambiente de trabalho que influencia pelo local, estresse, poluição, barulho, Sócio Econômico, satisfação com a saúde de cada paciente.

O estudo foi aprovado pela secretária de saúde de Floraí, juntamente com a enfermeira responsável do Centro de Saúde e o comitê de ética da Faculdade Ingá – Uningá, sob o número: 9119/1-2012.

3. RESULTADOS

Dentre os entrevistados 60% avaliaram como BOA a Qualidade de Vida e 40% como Nem ruim e nem boa.

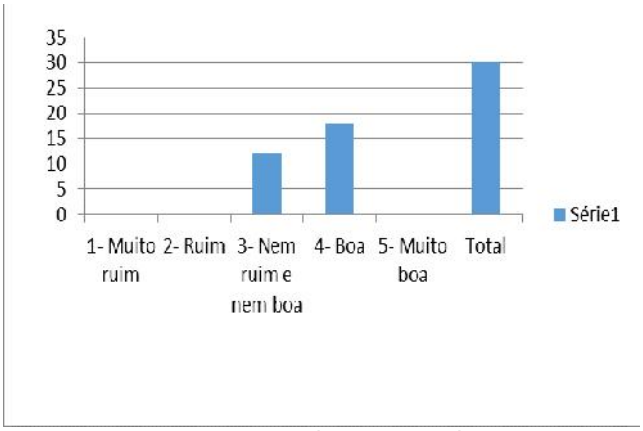


Figura 1. Representa como o indivíduo avalia a própria qualidade de vida.

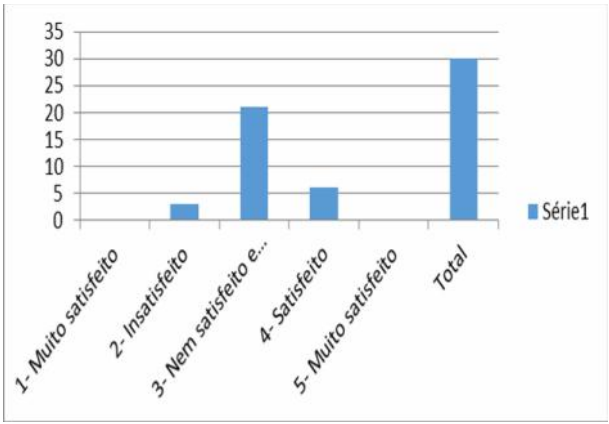


Figura 2. Quão satisfeito os indivíduos está com a própria saúde.

Dos entrevistados70% avaliaram como Nem Satisfeito E nem Insatisfeito, 20% como Satisfeito e 10% deles como Insatisfeito.

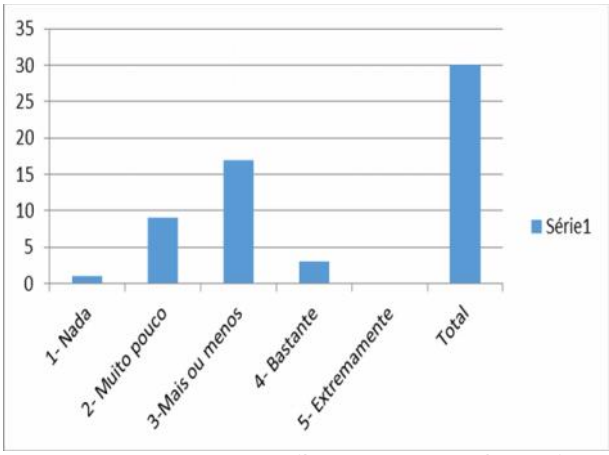


Figura 3. Em que medida a dor (física) impede o indivíduo de fazer o que precisa?

Dos entrevistados 56,67% avaliaram como Mais ou Menos, 30% como Muito Pouca, 10% como Bastante e 3,33% deles responderam Nada.

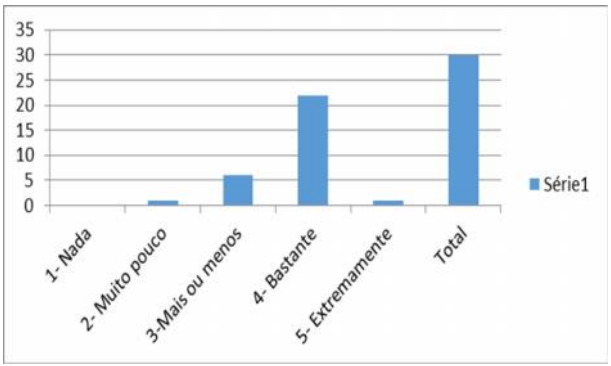


Figura 4. Em que medida o indivíduo acha que sua própria vida tem sentido?

Dos entrevistados 73,3% avaliaram como Bastante, 20,00% como Muito Pouco, 26,67% como Mais ou Menos, 3,33% como Extremamente.

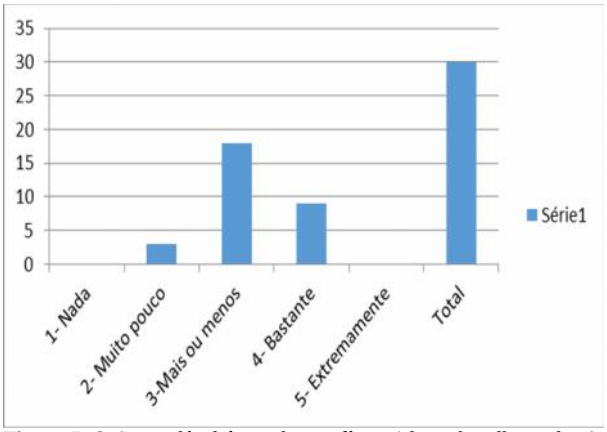


Figura 5. Quão saudável é o ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) do indivíduo.

Dos entrevistados 46,67% avaliaram como mais ou Menos, 36,67% como Bastante, 10% Como Muito Pouco, 3,33% como extremamente.

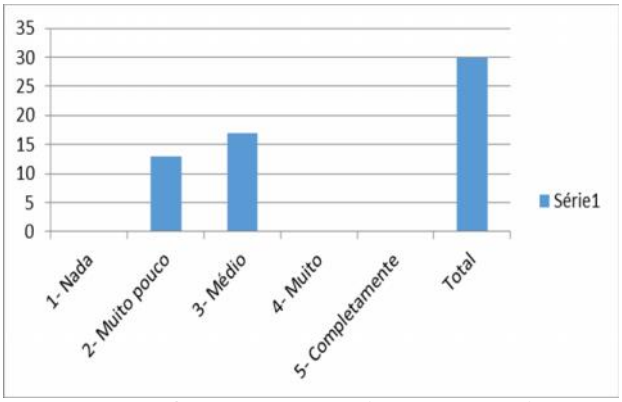


Figura 6. O indivíduo tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades.

Dos entrevistados 56,67% avaliaram como Médio e 43,33% como Muito Pouco.

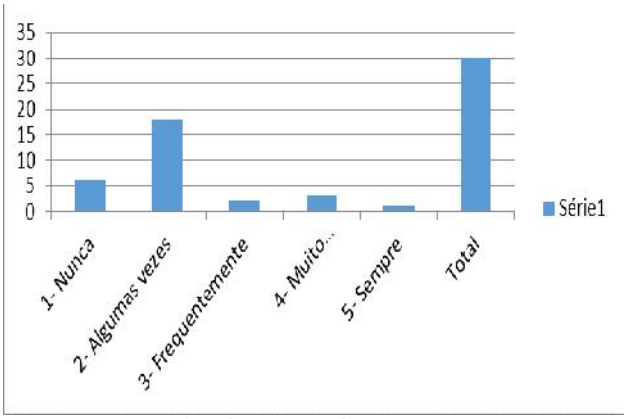


Figura 7. Com que frequência o indivíduo tem sentimentos negativos tais como mau humor, ansiedade, depressão.

Dos entrevistados 60% avaliaram como Algumas Vezes, 20% como Nunca, 10% como Muito Frequentemente, 6,67% como Frequentemente e 3,33% como Sempre.

Sobre o questionário sócio demográfico, no que diz respeito à idade, 50% dos entrevistados responderam ter entre 30-49 anos e 50% entre 50-79 anos.

Em relação ao gênero, 60% dos entrevistados eram do sexo masculino e 40% do sexo feminino.

Sobre a raça, 90% dos entrevistados eram de cor branca e 50% de cor parda.

Em relação à escolaridade, 63,33 % dos entrevistados disse ter o ensino primário, 33,33% ter o ensino médio e 3,33% ter o ensino ginasial.

Sobre a religião, 96,67 % dos entrevistados disseram ser católico e 3,33% ser evangélico.

Em relação à renda salarial, 56,67 % dos entrevistados disseram receber R$ 622,00, 23,33% R$ 1.866 ou mais e 20% R$ 1.244,00.

Sobre o estado civil, 86,67 % dos entrevistados disseram ser casados, 10% solteiros e 3,33% separados.

Em relação à quantidade de pessoas que moram com o indivíduo, 86,67 % dos entrevistados disseram com o cônjuge, 6,67% sozinho e 6,67% outros.

Sobre o tipo de residência, 60 % dos entrevistados disseram própria já quitada, 20% própria em pagamento, 16,67 alugada e 3,33% cedida.

Em relação ao saneamento básico, 100 % dos entrevistados disseram ter rede de esgoto/água encanada/luz elétrica.

Sobre quantas pessoas moram em sua casa (incluindo você), 46,67 % dos entrevistados disseram com 2 pessoas, 33,33% com 3 pessoas, 13,33% com 4 pessoas e 6,67% moro sozinho.

Em relação ao principal meio de transporte que você utiliza para ir ao seu trabalho, 50 % dos entrevistados disseram a pé/carona/bicicleta, 43,33% transporte próprio (carro/moto) e 6,67% transporte coletivo.

Sobre possuir plano de saúde, 93,33% dos entrevistados responderam não e 6,67% sim.

Em relação aos serviços de apoio a saúde, 93,33% dos entrevistados responderam público municipais e 6,67% privado.

4. DISCUSSÃO

Diante da avaliação destes gráficos podemos observar que apesar da Diabetes Mellitus por ser uma doença incurável, porém controlável que traz restrições, os pacientes entrevistados avaliaram BOA a sua qualidade de vida. Como a dor física não os impede totalmente de realizar atividades do dia-dia, não deixando o estresse atingir diretamente nas suas vidas, bem como mau humor e depressão.

Segundo Trentini (1990), a qualidade de vida pode ser influenciada pela percepção que um indivíduo tem

sobre seu estado de saúde. Esta afirmação reforça o fato de que, para os entrevistados, estar saudável foi um fator considerado importante para sua qualidade de vida (SOUZA, *et al*., 1997).

Então diante dessa pesquisa adaptar-se de maneira bem sucedida à doença crônica inclui a concepção de que a quantidade e a qualidade da vida valem o esforço da luta (CURTIN; LUBKIN, 1990).

5. CONCLUSÃO

A realização deste estudo nos permitiu uma maior aproximação com a intensa problemática envolvendo não apenas a esfera biológica, mas interferindo em diferentes formas, no estilo de vida desses pacientes acometidos pela doença, do social e do grupo familiar.

Para os entrevistados foi importante constatar que a qualidade de vida foi determinada por fatores sócio - econômico, sendo que o diabetes por ser uma doença crônica interrompe e dificulta o processo produtivo do indivíduo, diminuindo o acesso aos bens de consumo. Neste estudo os aspectos mais afetados foram: a capacidade física, ambiente físico e a dor física. As pessoas com diabetes passam também a experimentar sentimentos e comportamentos diferentes, decorrentes das alterações na auto-estima, imagem corporal, capacidade física e na realização de diversas atividades diárias.

É de fundamental importância que como profissionais envolvidos com a assistência à saúde consideremos que a doença seja ela crônica ou aguda, é uma experiência bastante individualizada. Diante da coleta de dados realizada em campo com os pacientes portadores de diabetes do município de Floraí PR muito há por fazer no sentido de que as ações da equipe de saúde levem em conta a multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

[1] CURTIN, M.; LUBKIN, I.M. What is chonicity? In chonic illness:impact and interventions. 2.ed. Jones :Bartlett, 1990. Cap.I.

[2] GALLEGO, M., R. Diabetes tipo ii: de orientações gerais para um tratamento individualizado, Rev Port Clin Geral 2005;21:571-2

[3] GUYTON, A. C.TRATADO DE FISIOLOGIA MÉDICA. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

[4] MARTINS, L. M., FRANÇA, A.P.D., KIMURA, M., Qualidade de vida de pessoas com doença crônica, Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.4, n.3, Ribeirão Preto, dezembro de 1996.

[5] 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, RJ, Editora Vozes, 2008.

[6] Ministério da Saúde, Diabetes Mellitus, Cadernos De Atenção Básica - N.º 16, Brasília – DF, 2006.

[7] MOREIRA, R.O. ‘et al’, Sintomas depressivos e qualidade de vida em pacientes diabéticos tipo ii com polineuropatia distal diabética, Arq. Bras. Endocrinol Metab., 2009: 53/9.

[8] ORTIZ, M. C. A., ZANETTI, M. L., Levantamento Dos Fatores De Risco Para Diabetes Mellitus Tipo Ii Em Uma Instituição De Ensino Superior, Rev. Latino-Americana Enfermagem 2001, maio; 9 (3) 58-63.

[9] SILVA, I., ‘et al’, Qualidade de vida e complicações crônicas da diabetes, Análise Psicológica, 2003, 2(XXI): 185-194.

[10] SOUZA, T.T. de. *et al.* Qualidade de vida da pessoa diabética. Rev.Esc.Enf.USP, v.31, n. 1,p. 150-64, abr. 1997.

[11] TRENTINI, M. Qualidade de vida dos indivíduos com doenças cardiovasculares, crônicas e diabetes mellitus. Rev. Gaúcha Enf.,v.11, n.2, p. 20-7, 1990 (b).

[12] World Health Organization. Diabetes: The Cost of Diabetes. Fact Sheet, N° 236. 2002.

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DO CONHECIMENTO DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE

FAMILY HEALTH STRATEGY: ANALYSIS OF KNOWLEDGE OF DIRECTORS OF MUNICIPAL HEALTH

KAMILA FERREIRA RIBEIRO **TADEU**[1], LAÍS CAMPANA **AVELINO**[1], FABIANO MOREIRA DA **SILVA**[3]

1. Acadêmica do curso de graduação em Medicina do IMES; **2.** Docente do curso de Medicina do IMES.

* Avenida três, 11, condomínio Aldeia do Lago, Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35171-511. lais_campana@hotmail.com

Recebido em 08/2014. **Aceito** para publicação em 09/2014

RESUMO

O Conselho de Saúde é responsável pela participação popular e contribuição da comunidade na fiscalização, formulação e implantação das Políticas e Programas de Saúde para que atendam à demanda da população. Os Conselheiros Municipais de Saúde são responsáveis por orientar as ações em saúde do respectivo município e, portanto, devem conhecer as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e as necessidades da população assistida. Objetivo: Investigar o conhecimento dos Conselheiros Municipais de Saúde a respeito de suas funções e do funcionamento da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o intuito de avaliar a necessidade de ações de educação continuada. Método: Foi aplicado questionário aos Conselheiros Municipais de Saúde com perguntas referentes a sua função no conselho e a função da ESF. Resultado: Sobre a função do Conselho Municipal de Saúde (CMS) 3,8% marcou a alternativa: ser somente um local para apontar os erros do serviço de saúde do seu bairro. Em relação às ações da ESF 20% não informaram grupos de educação saúde como atividade a ser realizada. Sobre o nível de assistência da ESF, 29,2% não assinalaram a opção atenção primária. Conclusão: Os conselheiros apresentaram respostas inadequadas, o que demonstra a necessidade de programas de educação continuada.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema único de saúde, conselhos de saúde, saúde pública, estratégia de saúde da família.

ABSTRACT

The Board of Health is responsible for public participation and community input in monitoring, formulation and implementation of Health Policies and Programs to meet the demand of the population. The Municipal Board of Health are responsible for guiding the actions of their health council and therefore must meet the guidelines of the Unified Health System (SUS) and the needs of the assisted population. Objective: To investigate the knowledge of the Directors Municipal Health about their functions and operation of the Family Health Strategy (FHS), with the aim of evaluating the need for actions continuing education. Method: questionnaire to the Municipal Health Counselors with questions regarding their role on the board and the role of ESF was applied. Results: On the basis of the Municipal Health Council (CMS) 3.8% marked the alternative: being only one place to point out the mistakes of the health service in your neighborhood. In relation to the shares of ESF 20% did not inform groups of health education as an activity to be performed. On the level of assistance the ESF, 29.2% did not report the primary option. Conclusion: The counselors had inadequate responses, demonstrating the need for continuing education.

KEYWORDS: Health system, boards of health, public health. family health strategy.

1. INTRODUÇÃO

Criado pela Constituição Federal em 1988, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial na rede pública, o Sistema Único de Saúde (SUS) hoje é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e tem como objetivo promover atendimento integral, universal e gratuito, através da oferta de serviços de baixa, média e alta complexidade (GRISOTTI; PATRICIO; SILVA, 2010). Suas ações primam pela prevenção das doenças e pela descentralização, o que permite maior participação popular e autonomia aos municípios (OLIVEIRA et al., 2008). Os princípios organizativos do SUS são padronizados em todo o território nacional e interagem para um fim comum, com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Para a organização desse sistema há doutrinas que regem suas ações: Universalidade, Integralidade e Equidade. E também princípios que orientam todas as ações e serviços públicos ou privados contratados pelo SUS: Regionalização e Hierarquização, Resolubilidade, Descentralização, Complementariedade do Setor Privado e

Participação dos Cidadãos (BRASIL, 1990; OLIVEIRA et al., 2008).

De acordo com a Constituição Brasileira de 1988, o financiamento do SUS deve ser feito por intermédio do Orçamento da Seguridade Social da União, dos estados e municípios, sendo esse financiamento de responsabilidade dos três níveis de gestores, além de constituir responsabilidade de toda a sociedade, de forma direta ou indireta (BRASIL, 2006). E a lei 8.142/90 regulariza a participação popular na gestão do SUS, seja através das Conferências de Saúde, ou pelo Conselho de Saúde e tem como objetivo atuar na formulação e proposição de estratégias, além de controlar a execução das Políticas de Saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 2006; BRASIL, 2003; LABRA, 2006). Desse modo, o funcionamento do conselho é determinante para que ocorra o repasse das verbas federais aos estados e municípios (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2008; VIEIRA; CALVO, 2011; CRUZ *et al*., 2012).

Os Conselhos de Saúde auxiliam a interlocução entre Estado e sociedade civil contribuindo para a democratização das decisões setoriais, de forma a auxiliar e atender às necessidades dos cidadãos (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2008). A distribuição de cargos ocorre da seguinte forma: representantes do governo e prestadores de serviços conveniados – 25%, profissionais da saúde – 25%, usuários – 50% (GRISOTTE; PATRICIO; SILVA, 2010). O trabalho do conselho deve ser realizado de forma a antecipar ou acompanhar o gestor, e este deve respeitar o conselho e suas decisões, transformando-as em ato oficial.

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) que surgiu em 1994, inicialmente conhecida como Programa de Saúde da Família (PSF), surge como uma reformulação das normas do SUS, com o Piso de Atenção Básica para financiar essa reestruturação (NORMA OPERACIONAL BÁSICA, 1996; FRANKLIN, 2004; ECKERDT *et al.*, 2008). É também guiada por princípios: Integralização e Hierarquização, Territorialização e Adscrição da clientela, e Equipe Multiprofissional (GOMES *et al*., 2009; ECKERDT *et al*., 2008; COSTA; CARBONE, 2009). Nesta equipe multiprofissional, temos os ACS's, enfermeiros e médicos. Todos de diferentes formas têm como meta a prevenção e promoção em saúde (BRASIL, 2006). Além de ser uma reformulação das normas do SUS, reorienta o modelo assistencial, com objetivo de resolver 85% a 90% dos problemas de saúde (FRANKLIN, 2004; ECKERDT *et al*., 2008).

Para que haja otimização dos serviços oferecidos e dos recursos despendidos ao SUS/ESF, e desse modo, melhoria da saúde da população assistida, é necessário que todos os envolvidos nos processos de planejamento e execução das ações de saúde tenham conhecimento de como esse sistema funciona. Isso envolve saber das obrigações, regulamentações, princípios, doutrinas, funções dos participantes e conhecer a população adscrita, para que essa possa ser atendida em todas as suas peculiaridades. Desse modo, esse trabalho aborda um dos participantes da gestão do SUS, os Conselheiros de Saúde, que para fazer um bom trabalho, precisam estar aptos a adaptar os serviços/recursos da ESF às necessidades dos cidadãos do município.

Tivemos como objetivo abordar os Conselheiros Municipais de Saúde (CMS) de dois municípios do leste de Minas Gerais, a respeito de suas funções. Além disso, questionamos também os conhecimentos referentes à ESF, suas ações, a importância da equipe multiprofissional (ACS's, enfermeiros e médicos) que a compõe. Com o intuito de avaliar se é ou não necessário a realização de atividades de educação continuada, ou se eles já estão aptos a exercer o cargo que preenchem.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Aprovada pelo comitê de ética com o protocolo 10752412.1.0000.5095, a pesquisa apresentada é descritiva e exploratória, com caráter de senso. Os pesquisadores responsáveis participaram das reuniões mensais dos CMS de cada município. Nessa ocasião explicaram o objetivo do trabalho e entregaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias. Os critérios de inclusão utilizados foram: não possuir vínculo com a pesquisa, concordar em participar da pesquisa, preencher e assinar corretamente o TCLE. Foram excluídos todos aqueles que não preencheram os pré-requisitos citados.

Para os participantes foi entregue um questionário que abordava questões que possibilitaram os pesquisadores conhecer o perfil daquele conselheiro, e questões referentes à regulamentação e funcionamento da ESF e serviços prestados. Tal questionário foi aplicado nas reuniões mensais já agendadas dos CMS, com o intuito de facilitar a participação de todos, e desse modo, maximizar o número de participantes. Porém, nestas reuniões o comparecimento dos conselheiros foi inferior ao esperado, o que diminuiu o tamanho da amostra, de 40 (número de conselheiros efetivos) para 27 participantes. Na tentativa de buscar mais participantes, os pesquisadores retornaram em outra reunião agendada, porém novamente a quantidade de conselheiros que compareceram foi pequena. As respostas obtidas foram avaliadas por meio de gráficos e tabelas através de programa Epi Info™ Version 3.5.2 disponível em: http://wwwn.cdc.gov/epiinfo.

A literatura para revisão bibliográfica foi obtida através de pesquisa em banco de dados encontrados em revistas eletrônicas, como Scielo (Scientific Eletronic Library Online) e a Biblioteca Virtual em Saúde. Também foram utilizadas informações contidas na Constituição Brasileira.

3. DESENVOLVIMENTO

Dos 27 sujeitos elegíveis para o estudo, somente 24 informaram a idade. Nessa questão a média foi de 55 anos, a mínima foi de 29 anos e máxima de 78 anos. Já nas demais perguntas a participação foi completa. Constatamos que em relação à escolaridade 18,5% (n=5) possuem pós-graduação completa, 14,8% (n=4) possuem Ensino Médio Completo, da mesma forma – 14,8% possuem Profissionalizante Completo. A opção Analfabeto só foi marcada por um conselheiro, representando 3,7% dos dados. A renda do grupo familiar informada variou de 2-3 salários mínimos (37%) acima de 10 salários mínimos (3,7%), sendo que 44,4% deles ganham entre 4-6 salários.

Ainda em relação aos 27 conselheiros, 14 deles (53,8%) não possuem plano de saúde privado e 12 (46,2%) possuem plano privado, um sujeito não respondeu a este questionamento. Dois conselheiros responderam que tinham o SUS como plano de saúde, porém durante a análise de dados foram classificados dentre os conselheiros sem plano de saúde, visto que o objetivo era contabilizar os conselheiros que utilizam exclusivamente o Sistema Único de Saúde. Para saber se os conselheiros utilizam ou não os serviços do SUS, questionamos sobre a frequência com que utilizaram a Unidade Básica de Saúde (UBS) no último mês, e dos 25 participantes que responderam, obtiveram destaque as opções em que afirmam não frequentar com regularidade – 44%, e de ter frequentado uma vez nos últimos 30 dias – 32%. Já no questionamento sobre quais foram os serviços utilizados por eles na última visita à UBS, todos responderam. Os serviços mais procurados foram: consultas médicas (66,7%; n=18), medicação (37%; n=10) e os exames (33,3%; n=9), outros também citados foram vacinação (n=4), odontologia (n=2), curativo (n=1), serviço social (n=1) e encaminhamento à policlínica (n=1).

Sobre a função do Conselho Municipal de Saúde os dados apontados pelos sujeitos se encontram na Tabela 1. E em relação ao trabalho que os conselheiros realizam as respostas assinaladas encontram se descritas no Quadro 1. A maioria (76,9%) assinalou como função do CMS: apresentar, analisar e propor ações para a saúde da cidade. Destaca-se aqui que um dos participantes marcou a alternativa que aponta como função do conselho ser somente um local para apontar os erros dos serviços de saúde do seu bairro.

Tabela 1. Padrão de respostas à questão: Quais as funções do Conselho Municipal de Saúde?

Opção	**% de conselheiros que assinalaram esta opção**
Realizar o que a prefeitura determina	0
Principal instância deliberativa da saúde na cidade	26,9%
Acompanhar as ações de saúde	42,3%
Apresentar, analisar e propor ações de saúde	76,9%
Fiscalizar coerentemente as ações de saúde na unidade	57,7%
Ser somente para apontar erros do serviço de seu bairro	3,8%
Local para prefeitura somente mostrar o que está fazendo pela saúde	0
Não sei o que é o Conselho Municipal de Saúde	0

Quadro 1. Respostas para a questão: Em que consiste seu trabalho dentro do Conselho?

Acompanhar e fiscalizar as ações de saúde
Acompanhar e fiscalizar os atendimentos
Comissão de finanças
Sou conselheira titular
Visita as pessoas
Sou conselheiro
Presidente do conselho
Fiscalizar e sugerir
Analisar, avaliar, julgar e propor
Aprovar, negar, fiscalizar os postos
Aconselhar, fiscalizar, acompanhar a saúde municipal
Sou membro da comissão de finanças
Analisar situações do serviço de saúde
Discutir e elaborar ações
Fiscalizar, propor ações de governo
Avaliar e propor ações para saúde Continuação do Quadro 1
Participar, acompanhar e fiscalizar as ações de saúde e aplicação dos recursos de saúde
Secretária executiva do conselho
Conselheiro deliberativo de saúde
Acompanhar e apresentar soluções
Acompanhar e fiscalizar as ações de saúde
Acompanhar e fiscalizar as ações de saúde

Os conselheiros foram questionados a respeito da ação mais importante do ESF, entre os 27 sujeitos, 21 deles (77,8%) referiram que prevenir doenças e promover a saúde da comunidade é a ação mais importante. Em relação ao nível de assistência que o ESF abrange, dos 26 conselheiros que responderam, 80,8% assinalaram a alternativa atenção primária, 15,4% a opção atenção secundária e 3,8% atenção terciária. A avaliação dos conselheiros em relação ao ESF foi classificada em positivamente (n=18; 72%), negativamente (n=6; 24%) e não sabe responder (n=1; 4%), sendo que um sujeito não respondeu esta questão.

A respeito dos serviços realizados pelo ESF, os conselheiros foram questionados com base em uma lista disponível para demarcação que incluía ações como: cirurgias, internações, grupos de educação em saúde,

consultas, parto e pré-natal. Dos 27 sujeitos somente 25 responderam esta questão. Os itens referidos foram internações com n=1 (4%); grupos de educação em saúde, n=20 (80%); consultas, n=17 (68%) e pré-natal, n=9 (36%). Vale ressaltar que 64% deles não indicaram o pré-natal como um serviço realizado pelo ESF, isso ocorreu também com as variáveis consultas e grupos de educação em saúde, que respectivamente, não foram demarcadas por 32% e 20% dos conselheiros estudados. Além disso, 12 deles (48%) demarcaram somente uma opção de serviço oferecido pelo ESF, entre estas foram citadas, grupos de educação em saúde (n=7); internação (n=1); e consultas (n=4).

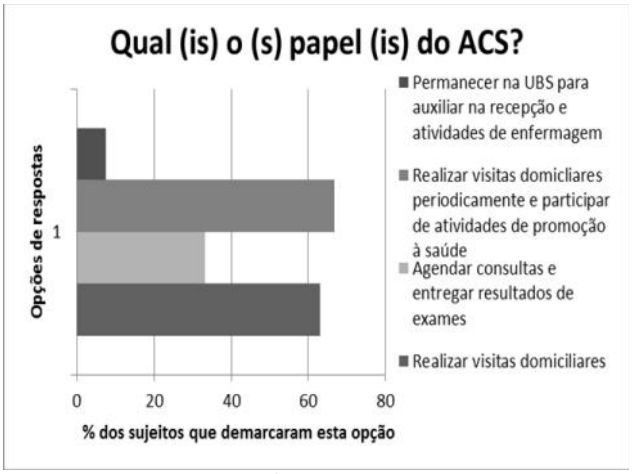


Figura 1. Padrão de resposta à questão: Qual(is) o (s) papel (is) do Médico?

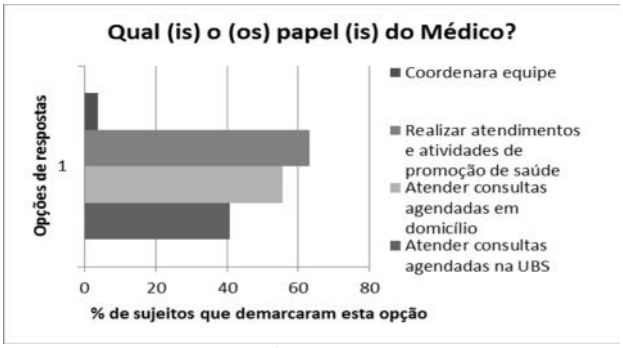
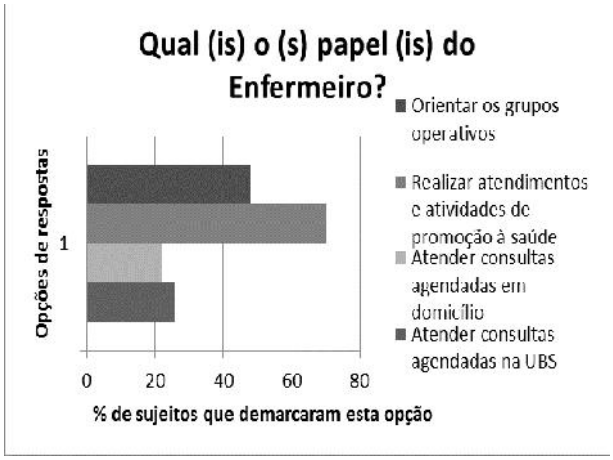


Figura 2. Padrão de resposta à questão: Qual(is) o (s) papel (is) do Enfermeiro?

Os dados correspondentes às ações de saúde dentro do ESF e as características de cada âmbito do serviço incluem, a finalidade do acolhimento, o papel do médico, enfermeiro e do agente comunitário de saúde. Esses dados foram colhidos com o objetivo de avaliar o conhecimento dos sujeitos da pesquisa a respeito das características dos serviços prestados na UBS, com ênfase nas atribuições de cada um destes setores. Dos 27 participantes 55,6% (n=15) informaram que a principal finalidade do acolhimento é identificar os riscos e maiores chances que a população tem de adoecer, o que possibilita planejar ações de saúde, analisar e priorizar o atendimento. A opção menos assinalada afirma que a função do acolhimento é dar orientações de saúde 18,5% (n=5). As outras respostas encontradas foram: fazer triagem



para os atendimentos médicos e de enfermeiros (33,3%; n=9) e agendar consultas (22,2%; n=6).

Figura 3. Padrão de resposta à questão: Qual(is) o (s) papel (is) do ACS?

Os dados a respeito do (s) papel (is) do médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde estão descritos, respectivamente, nos gráficos abaixo (Figuras 1, 2 e 3).

Dos 27 sujeitos, 40,7% (n=11) deles indicaram que não continuam recebendo informações sobre como o EPSF funciona. E quando questionados sobre o que é o Estratégia de Saúde da Família, um deles (3,7%) respondeu não conhecer o programa. Dos que afirmaram conhecer o programa, quando questionados sobre como tiveram conhecimento sobre a ESF, 40% (n=10) relataram ser através da unidade de saúde, 24% (n=6) através de materiais publicitários da prefeitura, 20% (n=5) por outras fontes, 12% (n=3) em escolas ou faculdade e 4% (n=1) pela internet.

Através de questão discursiva, os conselheiros responderam qual o tema eles consideram importante para ser abordado na educação da população. As respostas citadas estão citadas no Quadro 2.

Quadro 2. Temas sugeridos a serem abordados na educação da população

"Como trabalhar na prevenção"
"Orientar com mais profundidade as obrigações do SUS"
"ESF: combate a drogas"
"Tomar providência no caso de falha"
"Informações do funcionamento do SUS"
"De mãos dadas superando o Parkinson"
"Prevenir antes de adoecer e fazer a prevenção"
"Prevenção e educação alimentar"
"Valorização do idoso"

“Uso correto dos serviços de saúde, participação nos conselhos de saúde, tutelar, associação de bairros”
“Natalidade e drogas”
“Educação ambiental”
“Como funciona a ESF e o Conselho Municipal de Saúde”
“Educação em saúde, hábitos alimentares, atividade física, Hipertensão e Diabetes, prevenção do câncer de colo de útero e mama”
“Uso consciente do SUS”
“Prevenção de todas as doenças”
“Esclarecimento da população”
“Prevenção”
“Sobre sexualidade”

4. DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados coletados podemos inferir aspectos referentes ao perfil dos Conselheiros Municipais de Saúde. De acordo com os resultados obtidos neste estudo, grande parte dos sujeitos possui alto nível de escolaridade (superior completo, profissionalizante completo e pós graduação completa). Este dado é de extrema relevância ao discutirmos a capacidade de gestão, análise e fiscalização das ações de saúde por parte dos conselheiros. Em análise comparativa, foram discordantes com o estudo de Santos, Vargas e Lucas (2011) em que o predomínio era de conselheiros usuários, com baixo grau de instrução sendo a maioria de aposentados com idade acima de 55 anos. Vale citar que o estudo acima descrito foi realizado com o grupo de conselheiros usuários, ou seja, não reflete a amostra total de conselheiros, já que esta é representada por diversos segmentos populacionais. Outro estudo de Saliba *et al.* (2009) demonstrou também que 71,5% dos conselheiros não possuíam ensino superior completo.

É de fundamental importância que todos os segmentos sociais estejam representados no Conselho de Saúde, para que as atribuições referentes a este sejam avaliadas de forma coerente buscando medidas mais adequadas na hora da tomada de decisões. Desta forma é importante além da representação dos usuários no conselho, que deve ser de 25%, avaliar a frequência com que os conselheiros utilizam a Unidade Básica de Saúde. De acordo com alguns trabalhos já descritos, muitas vezes essa regulamentação não é seguida, verificado no estudo Cotta, Cazal e Martins (2010) e Cotta *et al*. (2011). Isso prejudica a participação popular na reestruturação do Estado e desempenho de políticas públicas, pois a representação dos usuários é necessária para se obter uma ótica dos mesmos em relação aos serviços prestados. A partir da necessidade desta representação é importante avaliarmos se esses sujeitos possuem experiência como usuário. Entre a amostra dos conselheiros estudados, 46,2% referiram utilizar não utilizar o SUS como plano de assistência à saúde, o que pode limitar sua ação dentro do conselho (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010).

Os dados coletados apontam que durante o último mês a grande maioria dos conselheiros - 44%, não frequentaram com regularidade as unidades de saúde. Isto demonstra que, não são usuários frequentes e, portanto, podem não compreender as possíveis dificuldades encontradas nos postos de saúde, tanto pela população como pelos profissionais para execução do serviço. Dos que referiram ter frequentado a unidade no último mês (32% frequentaram uma vez), os principais serviços buscados foram consultas médicas (66,7%), medicações (37%) e exames (33,3%).

Os estudos de Oliveira e Pinheiro (2010) e Kleba *et al*. (2010) avaliaram as perspectivas dos conselheiros a respeito de suas atribuições e revelaram que a maioria dos conselheiros reconhece sua importância para a manutenção da democracia, através da cobrança sobre os direitos à saúde da população. Porém se julgam inaptos a exercer o poder deliberativo e fiscalizador que possuem. Em estudos confrontados há também relatos de participação parcial dos conselheiros, pois suas críticas e sugestões podem ou não ser consideradas pelo gestor na tomada de decisões. Além de queixarem-se de que muitos projetos são enviados com curto ou nenhum momento disponível para análise, sendo que os mesmos devem ser aprovados com agilidade para que o município não perca o repasse da verba. Em nosso estudo quando questionados diretamente a respeito de sua função no conselho, alguns representantes definiram somente o cargo que ocupam (n=7), dado este descrito anteriormente no Quadro 1. Em contrapartida, outros sujeitos especificaram ações determinadas pelas normas de regulamentação dos conselhos como funções que desempenha como analisar e propor ações de saúde, fiscalizar a utilização das verbas de saúde, discutir e elaborar propostas para desta forma democratizar e descentralizar o processo de gestão pública. Apesar dos resultados encontrados neste trabalho serem promissores a respeito do conhecimento de alguns conselheiros sobre sua função dentro do conselho, trabalhos anteriores, como já descrito acima, referem que as dificuldades vão além do conhecimento de suas funções. Segundo a legislação o papel deste órgão deveria ser deliberativo e fiscalizador sobre as políticas públicas de saúde, entretanto, muitos se queixam da não participação política efetiva e da dificuldade de exercer a democracia dentro do conselho. Desse modo, resta um frágil poder fiscalizador, gerando desânimo e descrença por parte de alguns conselheiros (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010; KLEBA *et al.*, 2010).

A grande maioria dos sujeitos (n=20) demarcaram a opção apresentar, analisar e propor ações para a saúde da cidade, como uma das funções do conselho, entre as outras opções assinaladas, podemos discorrer a respeito do fato de que um sujeito referiu que a função do conselho é somente apontar os erros dos serviços de saúde do

seu bairro. Este dado pode ser analisado como um déficit em relação às informações oferecidas ao conselheiro, que muitas vezes não é orientado de maneira adequada sobre sua função no órgão e os objetivos do mesmo. Esta hipótese também pode ser corroborada pelo fato de que 40,7% dos pesquisados, relataram que não continuam recebendo informações sobre como o PSF funciona, indicando a falta de programas de educação continuada voltados para esta população. Esse dado foi também encontrado no estudo de Saliba *et al.* (2009) onde 50% dos entrevistados relataram que há falta de informações importantes que poderiam auxiliar em seu desempenho.

Apesar do presente estudo não avaliar a forma de indicação para o cargo, somente como tomaram conhecimento do órgão, no estudo realizado por Vieira e Calvo (2011) foi identificado problemas no que diz respeito a representatividade dos conselheiros, em que 66% referiram indicação para o cargo sem eleição. Além disso, foi também destacado o isolamento do Conselho de Saúde do restante da sociedade. Discute-se que a população não recebe informações de quando ocorrem as reuniões, ou sobre o que foi deliberado, desse modo não há acompanhamento ou reconhecimento de suas ações. Este dado foi também encontrado no estudo de Saliba *et al.* (2009) onde apenas 19% ingressaram por meio de eleição.

A ESF representa a porta de entrada do usuário para Sistema de Saúde, portanto seu processo de organização, função de seus componentes e princípios básicos, são informações que deveriam ser de domínio dos Conselheiros de Saúde. Neste trabalho foram avaliados estes conhecimentos, e a visão dos conselheiros a respeito da ESF. Como descrito anteriormente 80,8% dos sujeitos referiram a ESF como assistência primária, porém 15,4% e 3,8%, respectivamente, informaram que ele representa assistência secundária e terciária. Esse dado é de extrema relevância, visto que estes sujeitos são responsáveis por atuar na formação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive em aspectos econômicos e financeiros (SALIBA *et al*., 2009).

Apesar de em nosso estudo os conselheiros avaliarem positivamente as ações do PSF (72%), em estudo comparativo de Oliveira e Pinheiro (2010) e Reis *et al* 2013) há identificação da insatisfação dos usuários sobre a qualidade do atendimento nos centros de saúde, competência humana e ética profissional. Os usuários queixam também sobre a longa fila de espera para agendamento da consulta, o que faz com que muitas vezes procurem serviços de emergência. Relatam ainda atrasos e faltas constantes de alguns profissionais no SUS, além da dificuldade de acesso, baixa resolutividade e qualidade do atendimento (GRISOTTI; PATRICIO; SILVA, 2010; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

Sobre as ações da ESF, chamamos atenção para o fato de 64% dos pesquisados não terem referido o pré-natal como ação a ser realizada na UBS, assim como 20% não informaram grupos de educação em saúde como atividade a ser realizada pela unidade. É importante salientar que 48% marcaram somente uma atividade, dentre as opções, indicando provavelmente que não possuem conhecimento da abrangência dos serviços oferecidos. Outra explicação para este fato seria de que não compreenderam adequadamente a questão, o que não condiz com a escolaridade encontrada. Um dos sujeitos demarcou somente a opção internações, indicando a falta de conhecimento do mesmo com relação às ações básicas propostas e realizadas pelas unidades de saúde.

O acolhimento é parte fundamental das atividades da ESF e de acordo com suas normas operacionais, tem por finalidade atender os usuários garantindo acessibilidade universal de forma humanizada, atuando no processo de promoção da saúde. Além de reorganizar o processo de trabalho, com finalidade de proporcionar um atendimento multidisciplinar, deslocando o atendimento médico como eixo central do serviço. Os resultados encontrados em nosso trabalho apontaram para uma visão limitada dos conselheiros em relação à finalidade desse serviço, somente 18,5% (n=5) dos entrevistados acreditam que dar orientações de saúde seja função do acolhimento (SANTOS; SANTOS, 2011; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Os sujeitos foram questionados a respeito das ações de alguns profissionais que compõem a ESF: ACS, enfermeiro e médico, e os resultados encontrados indicaram a falta de conhecimento que os conselheiros possuem a respeito da dinâmica do serviço de saúde. Exemplificado pelo fato de 7,4% dos conselheiros terem atribuído como função dos ACS's permanecer na unidade de saúde para auxiliar na recepção e nas atividades da enfermagem, e 78,8% não identificam como função do enfermeiro atender consultas domiciliares. Isso pode ser explicado pelo trabalho de Baralhas e Pereira (2013), e Rocha e Almeida (2000) que evidenciaram a dificuldade dos ACS's em realizar suas atividades. Isto ocorre devido à grande demanda por parte de outros profissionais dentro do posto, principalmente os enfermeiros, que muitas vezes não conseguem gerenciar a equipe de agentes comunitários ou até mesmo não conseguem visitar os pacientes acamados em domicílio. Destacamos aqui, que tanto os ACS's quanto os enfermeiros, devem realizar visitas domiciliares, com o objetivo de promover, de formas diferentes, a promoção e prevenção em saúde (BRASIL, 2006)

Uma das ações principais da atenção primária é o foco na prevenção e promoção da saúde populacional, este fundamento regula muitas das ações e planos de governo referentes à saúde. Entretanto, vale a pena salientarmos que 37% dos conselheiros não indicaram que esta corresponde a uma das ações do médico integrante da ESF, assim como 29,6% e 33,3% também não referiram ser uma das atribuições dos enfermeiros e dos agen-

tes comunitários de saúde, respectivamente. Este dado chama atenção novamente para a falta de instrução adequada dos conselheiros a respeito das normas do SUS (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Dados referentes ao conceito de saúde e de doença foram citados em outros estudos. Neles as variações da compreensão dos conselheiros sobre este conceito, foram explicadas por diferentes crenças, valores, conhecimentos e prática sobre saúde-doença que guiam as atitudes dos profissionais do SUS (GRISOTTI; PATRICIO; SILVA, 2010). Estes dados, assim como os referentes ao conhecimento das funções dos componentes da ESF, indicam que as ações de educação continuada são necessárias para instruir os conselheiros a respeito da organização do serviço. Dados do estudo de Saliba *et al.* (2009) indicaram uma mudança na compreensão dos conselheiros a respeito de suas funções após curso de capacitação. Isso sugere que ações com este formato, com ênfase inclusive nos princípios e normas legislativas que regem o SUS, podem interferir de forma positiva na administração dos integrantes dos conselhos.

A grande maioria dos conselheiros apontou como temática a ser abordada com a população ações referentes à promoção e prevenção em saúde como orientações sobre drogas, sexualidade e doenças crônicas. Além de informações a respeito do processo de funcionamento do SUS, seus princípios, a participação dos Conselhos Municipais de Saúde, na gestão da saúde, e suas funções. Chamamos atenção para o fato de que, a capacitação em relação a estes tópicos não deve ser abordada somente com a população em geral, isso deve incluir, principalmente, os conselheiros de saúde, visto que estes muitas vezes não recebem orientações adequadas.

5. CONCLUSÃO

A partir dos achados na literatura percebeu-se que o papel A criação da ESF foi um avanço para a melhoria da saúde da população. Apesar de alguns obstáculos para a sua estrutura, como por exemplo, os diferentes perfis populacionais, é um projeto ainda em desenvolvimento, que deve se adequar às necessidades dos cidadãos (PAIM, 2013). Nesse contexto, os conselheiros de saúde trabalham com o objetivo de minimizar esses obstáculos.

Criados pela constituição de direito à atenção básica, os conselheiros devem facilitar o acesso da população e buscar a solução dos diversos problemas que podem ser encontrados pelos usuários, profissionais e gestores. São, portanto, uma forma de democracia participativa (BATAGELLO; BENEVIDES; PORTILLO, 2011). Eles são um dos defensores do direito à saúde e devem cobrar que sejam feitos investimentos na saúde, que os serviços prometidos sejam realizados, e desse modo, melhorar a realidade social do município em que ele se encontra, de forma equânime democrática e com a participação popular (GRISOTTE; PATRICIO; SILVA, 2010; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010; CRUZ *et al*., 2002).

Dentre os objetivos deste trabalho estavam a investigação do conhecimento dos conselheiros a respeito do funcionamento do ESF e das normas que o preconizam. Após a análise das respostas e comparação das mesmas com a legislação vigente, que discorre sobre as atribuições de cada setor, percebemos que os sujeitos estudados ainda carecem de treinamento para desempenhar de forma mais adequada seu papel dentro do conselho. Há ainda limitação das possíveis atividades dos conselheiros, seja por falta de preparo – devido a presença de baixa escolaridade, ou pelo pequeno comprometimento por parte de alguns, visto que a abstinência nas reuniões foi significativa. Diante disso, sugerimos a realização de programas de educação continuada para os conselheiros municipais de saúde, no intuito de torná-los cada vez mais aptos, visto a importância do trabalho que exercem. Após isso, as datas das reuniões do conselho deveriam ser previamente divulgadas na comunidade, para que os cidadãos tenham a oportunidade de entrar em contato com os membros do conselho, expor suas necessidades e propor ações.

Dentre as limitações desse trabalho apresentamos o fato de o questionário não ser validado, e sim criado pelos autores. Além de o fato de a amostra ter sido prejudicada pela baixa frequência dos conselheiros pesquisados nas reuniões, o que diminui o valor da amostra.

REFERÊNCIAS

[01] BARALHAS, M.; PEREIRA, M. A. O. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. Revista Brasileira de Enfermagem, *Brasília*, v.66, n. 3, p. 358-365, 2013.

[02] BATAGELLO, R.; BENEVIDES, L.; PORTILLO, J. A. C. Conselhos de Saúde: controle social e moralidade. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 625-634, 2011.

[03] BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União de 20.9.1990.

[04] BRASIL. Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União de 31.12.1990.

[05] BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação do SUS. Lei nº 10.507, de 10 de Julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e das outras providencias. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10507.htm>. Acesso em: 16 ago. 2014.

[06] BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n.º333 de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF:

Imprensa Nacional, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p. 57, col. 1. ISSN 1676-2339.

[07] BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa*/ Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

[08] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 20 set. 2011.

[09] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: Doutrinas e Princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-17-abc-do-sus-doutrinas-e-principios.pdf>. Acesso em: 15 set. 2011.

[10] CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase; p.136, 1995.

[11] COSTA, E. M.; CARBONE, M. H. *Saúde da Família uma abordagem multidisciplinar*. Rúbio, 2009.

[12] COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. Ciência & Saúde Coletiva, v.15, n.5, p.2437–2445, 2010.

[13] COTTA, R. M. M.; MARTINS, P. C.; BATISTA, R. S. et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de saúde. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1121-1137, 2011.

[14] CRUZ, P. J. S. C.; VIEIRA, S. C. R.; MASSA, N. M. et al. Desafios para a Participação Popular em Saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa (PB). Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 21, n. 4, p.1087-1100, 2012.

[15] ECKERDT, N. D.; MORETTO, E.; TAGLIARI, M.; BÜCHELE, F. Percepção da Estratégia Saúde da Família em um município do interior do Rio Grande do Sul: da fala da equipe ao eco das famílias. Revista de Saúde Coletiva , v. 18, n. 1, 2008.

[16] FRANCO, B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.345-353, 1999.

[17] FRANKLIN, A. Desafios Municipais na Implantação de Estratégia de Saúde da Família. In: Unicamp, *O espaço Funcamp de Políticas Públicas: Um exemplo de interação Universidade – Sociedade* p. 115. Campinas, 2004.

[18] GOMES, K. D.; COTTA, R. M.; EUCLYDES, M. P.; TARGUETA, C. L.; PRIORE, S. E.; FRANCESCHINI, S. D. Avaliação do impacto do PSF no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003. Ciência e Saúde Coletiva 2009.

[19] GRISOTTI, M.; PATRICIO, Z. M.; SILVA, A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.15, n.3, p. 831-840, 2010.

[20] KLEBA, M. E.; MATIELO, A.; COMERLATTO, D.; et al. O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 3, p. 793-802, 2010.

[21] LABRA, M. E. (2006). Conselhos de Saúde. Visões 'macro' e 'micro'. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/viewFile/29/1593>. Acesso em 30 set. 2011

[22] OLIVEIRA, D. C.; SÁ, C. P.; GOMES, A. M.; RAMOS, R. d.; PEREIRA, N. A.; SANTOS, W. C. A política pública de saúde Brasileira: respresentação e memória social de profissionais. Caderno de Saúde Pública 2008.

[23] OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.15, n.5, p. 2455–2464, 2010.

[24] OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, p. 158-64, 2013.

[25] PAIM, J, S. A Constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.

[26] REIS, R. S.; COIMBRA, L. C.; SILVA, A. A. M.; et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2013.

[27] ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dezembro 2000.

[28] SALIBA, N. A.; MOIMAZ, S. A. S.; FERREIRA, N. F.; et al. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. Revista de administração Pública, Rio de Janeiro, v.43, n.6, p.1369-1378, 2009.

[29] SANTOS, I. M. V.; SANTOS, A. M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. Revista de Salud Pública, v. 13, n. 4, 2011.

[30] SANTOS, S. F.; VARGAS, A. M. D.; LUCAS, S. D. Conselheiros Usuários do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 483-495, 2011.

[31] VIEIRA, M.; CALVO, M. C. M. Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. Caderno de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2135–2326, 2011.

Relatos de Caso

TRATAMENTO NÃO-CIRÚRGICO DA CLASSE III COM A TÉCNICA BIOFUNCIONAL EM PACIENTE ADULTO JOVEM

NON-SURGICAL TREATMENT OF CLASS III WITH BIOFUNCTIONAL TECHNIQUE IN AN YOUNG ADULT PATIENT

RENATO ADRIANO COELHO **FERREIRA**[1], ADRIANO GARCIA **BANDECA**[2], PEDRO ANDRADE **JR**[3], JOSÉ EDUARDO PRADO DE **SOUZA**[4], KARINA MARIA SALVATORE DE **FREITAS**[5], RODRIGO HERMONT **CANÇADO**[6], FABRICIO PINELLI **VALARELLI**[7]

1. Especialista em ortodontia pela ICOS-FACSETE – Joinville – SC; **2.** Especialista em ortodontia pela ICOS-FACSETE – Joinville – SC, mestrando em Ortodontia pela USC – Bauru – SP; **3.** Coordenador do curso de especialização em Ortodontia no CEAO/ACIEPE – São Paulo – SP.; **4** Mestre e doutor em ortodontia pela FOB – USP – Bauru – SP. Coordenador do curso de especialização em Ortodontia no CEAO/ACIEPE – São Paulo – SP; **5.** Mestre e doutor em ortodontia pela FOB – USP – Bauru – SP. Coordenadora do programa de mestrado em Ortodontia da Faculdade Ingá – Maringá - PR; **6.** Mestre e doutor em ortodontia pela FOB – USP – Bauru – SP. Professor do programa de mestrado em Ortodontia da Faculdade Ingá – Maringá - PR; **7.** Mestre e doutor em ortodontia pela FOB – USP – Bauru – SP. Coordenador do curso de especialização em Ortodontia pelo IOPG/FACSETE – Bauru – SP, Professor do programa de mestrado em Ortodontia da Faculdade Ingá – Maringá - PR.

* Rua Jamil Gebara, 1-25 apto 111, Bauru, São Paulo, Brasil. CEP: 17071-150. kmsf@uol.com.br

Recebido em 04/2014. **Aceito** para publicação em 05/2014

RESUMO

A má oclusão Classe III é caracterizada por uma discrepância dentária anteroposterior que pode ser decorrente de uma deficiência maxilar, de um excesso mandibular ou de uma combinação de ambos. Essa má oclusão é considerada pelos ortodontistas como um dos problemas ortodônticos mais complexos e difíceis de diagnosticar e tratar. Entretanto, as más oclusões de Classe III tendem a se tornar mais severas com o desenvolvimento facial, uma vez que o crescimento da mandíbula mantém-se ativo por um período mais longo que o da maxila. Por isso, acreditam que uma intervenção ortopédica em pacientes em crescimento é bem-vinda e deve ser executada. Mas quando o paciente é adulto, tornam-se sérios candidatos a sofrerem uma intervenção cirúrgica, como uma das únicas possibilidades de se restabelecer uma oclusão normal. Porém, o dilema que os ortodontistas geralmente enfrentam é que a maioria destes pacientes recusa a opção cirúrgica e persistem na terapia conservadora. Desta forma, há uma grande importância em avaliar essa opção de tratamento que podemos dar o nome de tratamento compensatório. Os bráquetes da técnica Biofuncional utilizada neste estudo apresentam principalmente um torque lingual de coroa nos incisivos superiores e um torque vestibular de coroa nos incisivos inferiores. Portanto o objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de um tratamento compensatório sem extração de uma paciente classe III, mordida cruzada anterior, que apresentou um resultado satisfatório ao final do tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Camuflagem da classe III, aparelho biofuncional, não cirúrgico.

ABSTRACT

The Class III malocclusion is characterized by an anteroposterior dental discrepancy that may be due to maxillary deficiency, mandibular excess or a combination of both. This malocclusion is considered by orthodontists as one of the most complex and difficult orthodontic problems to diagnose and treat. However, the Class III malocclusions tend to become more severe with the facial development, since the growth of the jaw remains active for a longer period than the jaw. Therefore believe that an orthopedic intervention in growing patients is welcome and should be executed. But when the patient is adult, become serious candidates to undergo surgery as one of the few possibilities to recover a normal occlusion. However, the dilemma that orthodontists usually face is that most of these patients refused the surgical option and persist in the conservative therapy. Thus, there is great significance to evaluate this treatment option that can give the name of compensatory treatment. The brackets of Biofunctional technique used in this study mainly show a lingual crown torque of the upper incisors and buccal crown torque in the lower incisors. Therefore the aim of this paper is to present a clinical case of a compensatory treatment without extracting a patient class III anterior crossbite, which showed a satisfactory result at the end of treatment.

KEYWORDS: Camouflage class III, biofuncional appliance, nonsurgical.

1. INTRODUÇÃO

O A má oclusão de Classe III caracteriza-se pelo relacionamento ântero-posterior anormal entre a maxila e mandíbula (ANGLE, 1899). Em muitos casos ocorre uma relação de mordida cruzada anterior. Esta má oclu-

são é um tipo de desvio anteroposterior com envolvimento esquelético, dentário ou funcional cuja incidência varia entre 3% e 13% da população, conforme registros diversos na literatura científica. Esses números se modificam com base na procedência étnica dos observados. Nos indivíduos asiáticos, a freqüência de má-oclusão de Classe III é maior devido à grande porcentagem de indivíduos com deficiência de maxila. Uma prevalência aproximada de 4% parece ser mais consensual entre clínicos na América do Norte e no Brasil.

O tratamento da Classe III, depende de uma série de fatores, como a fase de crescimento em que o paciente se encontra, sua colaboração e a hereditariedade, mas, principalmente, das estruturas anatômicas envolvidas nesta má oclusão. Alguns pacientes, que não foram tratados precocemente ou apresentaram recidiva do tratamento precoce durante a fase de surto de crescimento, muitas vezes recorrem ao tratamento ortodôntico na dentadura permanente. Normalmente, nesta fase o prognóstico do tratamento torna-se mais difícil. Portanto, a maioria dos pacientes que apresentam esta deformidade, geralmente, torna-se séria candidata à cirurgia ortognática. Os pacientes que são relutantes em relação à cirurgia, ou encontram-se relativamente satisfeitos com a sua aparência, recorrem a uma das únicas alternativas, que seria tratar por meio de uma compensação dentoalveolar, sem a correção do problema esquelético. Obviamente, a terapia cirúrgica produziria um melhor resultado estético ao perfil do que a simples compensação ortodôntica.

O propósito deste trabalho é apresentar o tratamento de uma má oclusão, pouco severa, de Classe III. Foram utilizados bráquetes pré-ajustados da prescrição biofuncional de Classe III para a realização da camuflagem ortodôntica. A técnica biofuncional se diferencia de outras técnicas por apresentar um torque de forma a realizar um efeito de resistência aos efeitos colaterais promovidos pelos elásticos de classe III utilizado na compensação desta má-oclusão. A utilização dos elásticos sagitais de Classe III foi fundamental para a compensação dentária do caso em questão. Ao final do tratamento, a paciente obteve uma relação de Classe I dentária e boa harmonia do perfil e do sorriso. Este trabalho tem como objetivo abordar um caso Clínico com aparelho biofuncional.

2. RELATO DE CASO

A paciente C.L.S., 15 anos de idade, compareceu ao consultório procurando por tratamento ortodôntico. A queixa principal era a mordida cruzada anterior, onde a mãe relatou a procura por outros profissionais na cidade, porém as alternativas propostas sempre foram de cirurgia ortognática. Ao tomarem conhecimento sobre os riscos dos procedimentos cirúrgicos e custo, mostraram relutantes a esta alternativa principal.

Figura 1. Fotos extrabucais sorriso, perfil e frontal.

A paciente apresentava um típico padrão facial de classe III, demonstrando um prognatismo mandibular, retrusão do lábio superior, protrusão do lábio inferior, e o comprimento ântero-inferior da face aumentado.

Figura 2. Fotos intrabucais lateral direito, frontal e lateral esquerdo.

No exame intraoral verificou-se uma relação de ¼ de classe III do lado direito e ½ classe III do lado esquerdo, associados a uma mordida cruzada anterior, desvio de linha média inferior de 3 mm para o lado direito.

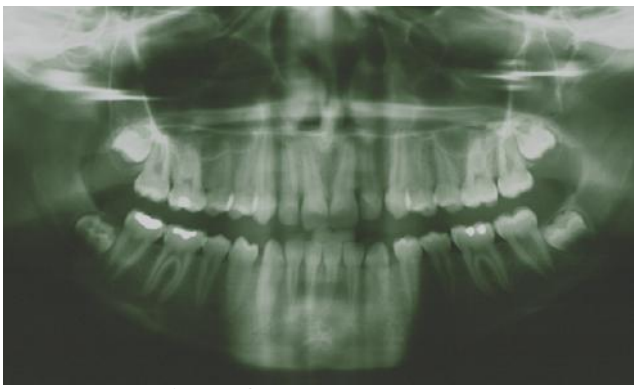


Figura 3. Radiografia panorâmica inicial.

De acordo com a radiografia inicial, a panorâmica mostra os terceiros molares inclusos, dilaceração na raiz do incisivo central superior direito, sem qualquer outra alteração patológica.

Já a telerradiografia inicial apresenta perfil côncavo, classe III esquelética e padrão de crescimento horizontal.

Evolução do tratamento

Foi realizado primeiro a colagem direta no arco inferior com braquetes prescrição biofuncional. Em seguida, foram colados botões na palatina dos incisivos superiores e utilizados elásticos 3/16” para o descruzamento antero posterior. Após o descruzamento da mordida anterior, realizada durante o alinhamento e nivelamento, a tendência é observarmos até uma maior inclinação des-

tes dentes, ou seja, as coroas apresentam uma tendência a inclinarem-se mais ainda para vestibular e as raízes para lingual. Depois de conseguir o descruzamento foi colado os braquetes prescrição biofuncional no arco superior.

Figura 4. Telerradiografia inicial.

O alinhamento e nivelamento foi realizado com fios de nitinol 0.014” e 0.016”. Foram utilizados fios de aço inoxidável 0.018” e 0.020” corrigindo a curva de Spee, fazendo acentuação e reversão da curva. Após isto, evoluiu-se até os fios retangulares de aço 0,019” x 0,025” para a utilização dos elásticos de Classe III. A inserção de fios retangulares de aço neste conjunto de acessórios com torques invertidos presentes na prescrição Biofuncional faz com que estes efeitos colaterais de inclinação excessiva sejam minimizados ou até corrigidos.

Com o arco 0.019 x 0.025, foram utilizados ganchos para o elástico de Classe III (diâmetro 3/16” força média), no lado esquerdo e diagonal anterior (diâmetro 5/16”), objetivando alcançar a coincidência das linhas médias dentárias superior e inferior, além de uma oclusão satisfatória com chave de Classe I de canino e molar. Foi utilizado em conjunto, elásticos correntes de força média para fechamento dos espaços.

Tabela 1. Prescrição dos bráquetes da técnica biofuncional.

Dentes sup.	Inclinação	Ângulos	Dentes inf.	Inclinação	Ângulo
Inc. central	0º	0º	Inc. central	+10º	0º
Inc. lateral	0º	0º	Inc. lateral	+10º	0º
Canino	-2º	+7º	Canino	0º	0º
1º pré-molar	-7º	0º	1º pré-molar	-14º	0º
2º pré-molar	-7º	0º	2º pré-molar	-22º	0º
1º molares	-14º	0º	1º molar	-30º	0º
2º molares	-14º	0º	2º molar	-35º	0º

É importante relatar que não foi necessário realizar torques no fio, pois a prescrição biofuncional já insere os torques nos braquetes a fim de evitar lingualização dos incisivos inferiores e vestibularização dos incisivos superiores.

A seguir, removeu-se o aparelho e colocou a placa de Hawley superior e contenção fixa 3 x 3 inferior higiênica.

Figura 5. Fotos finais sorrindo, perfil e frontal com lábios selados

Figura 6. Fotos intrabucais finais lateral direito, frontal e lateral esquerdo.

Ao término do tratamento, observa-se um resultado satisfatório conseguindo relação molar e caninos em Classe I, formato dos arcos harmoniosos com grande satisfação da paciente e familiares.

Figura 7. Foto oclusal das arcadas superior e inferior.

O tempo de tratamento ortodôntico foi de 25 meses, conseguindo bom resultado com excelente colaboração da paciente. Ao término do Tratamento a paciente estava com 17 anos.

Figura 8. Panorâmica final.

Radiograficamente houve uma melhora do perfil ósseo e tegumentar, além da correção do trespasse horizontal negativo, normalização da relação molar e da morfologia facial, obtendo-se um satisfatório paralelismo das raízes, com o mínimo de reabsorção radicular. A Panorâmica final mostra as raízes sem qualquer tipo de alteração, presença dos terceiro molares inclusos.

Telerradiografia final com o perfil reto em comparação com a telerradiografia inicial, raízes dos incisivos inferiores bem posicionadas na base óssea e coroa dos superiores apresentando inclinação mais adequada tanto estética quanto funcional.

Figura 9. telerradiografia final.

3. DISCUSSÃO

A má oclusão Classe III de Angle, caracterizada por uma discrepância dentária anteroposterior (ANGLE, 1899), é mais grave quando associada a uma desarmonia esquelética, que pode ser decorrente de uma deficiência maxilar, de um excesso mandibular ou de uma combinação de ambos.

De acordo com Bacetti, Reyes e McNamara Jr (2005), as más oclusões de Classe III tendem a tornar-se mais severas com o desenvolvimento facial, uma vez que o crescimento da mandíbula mantém-se ativo por um período mais longo que o da maxila. Por isso, acreditam que uma intervenção ortopédica em pacientes em crescimento é bem-vinda e deve ser executada, quando a escolha for a compensação dentária.

A literatura tem demonstrado ainda que a prevalência deste tipo de má oclusão varia de acordo com a raça, na população em geral, verifica-se uma prevalência em torno de 3% a 5% para os brancos, enquanto que para os orientais ou da raça amarela pode chegar até a 14%.

Embora a maioria dos ortodontistas, sejam unânimes em afirmar que em adultos a má oclusão de Classe III esquelética deva ser corrigida com uma combinação de ortodontia e cirurgia ortognática, sabe-se que muitos pacientes são relutantes em aceitar o procedimento cirúrgico, devido ao risco e aos altos custos deste tipo de intervenção. Este tipo de plano cirúrgico sob anestesia geral, muitas vezes, é rejeitado pelos pacientes e seus pais. Mesmo assim, é importante afirmar que a melhor alternativa seria o tratamento orto-cirúrgico, visualizando melhores resultados estéticos e funcionais.

Os pacientes que apresentam problemas de Classe III, geralmente podem apresentar uma combinação de características faciais associadas a este tipo de má oclusão, tais como: retrusão maxilar, protrusão mandibular ou ambas. Entretanto, admite-se que a retrusão maxilar seja a mais comum e que seria a responsável por 65% dos casos de Classe III. Sanborn (1955), Rakosi (1997) Jacobson, Sinclair (1983), Apud Ellis (1984) e McNamara (1987) relataram também que esta deficiência maxilar esteve presente na maioria dos seus pacientes Classe III.

Normalmente, estes pacientes que apresentam deficiência maxilar, sob o ponto de vista da morfologia facial apresentam deficiência da projeção do zigomático, ausência de depressão infra-orbitária. Estas características faciais foram evidenciadas nesta paciente. Quando o paciente se encontra na fase pré-surto de crescimento puberal, uma abordagem precoce é indicada, como o uso de uma máscara facial para a realização de tração reversa da maxila, normalmente acompanhada de disjunção palatina, entretanto a protração maxilar apresenta-se limitada e insuficiente nos casos de Classe III em pacientes adultos, pois dificilmente obteríamos uma resposta positiva em pacientes sem crescimento. Nestes casos a alternativa mais viável seria a cirurgia. No paciente adulto e, portanto, sem crescimento, o tratamento deve ser decidido entre os procedimentos de camuflagem, caso o comprometimento esquelético não seja excessivo e os ortodôntico-cirúrgicos clássicos, que podem envolver avanço de maxila, recuo de mandíbula ou uma combi-

nação de ambos, mas a grande maioria destes pacientes faz a opção de não submeterem à cirurgia.

Deste modo, o tratamento ortodôntico com compensações dentárias torna-se uma opção única e viável para a correção da Classe III, quando as duas outras opções não podem ser aplicadas. Portanto torna-se extremamente importante, avaliar os resultados das alterações maxilares, por meio de uma mecânica conservadora, pois na literatura, somente alguns relatos de casos clínicos em pacientes adultos demonstraram a quantidade de respostas individuais nos pacientes Classe III com deficiência maxilar tratados sem cirurgia.

Turley (1988) considerou que a avaliação do perfil facial seria preponderante no diagnóstico da Classe III. Já Johnston *et al.(*2005) interessados no aspecto de perfil destes pacientes, curiosamente, relataram em seus resultados que o perfil da Classe III foi considerado mais atrativo do que o perfil da Classe II com uma similar quantidade de discrepância esquelética.

Evidentemente, a proposta de um tratamento compensatório procura mascarar a discrepância esquelética com a alteração, principalmente, no posicionamento dos dentes ântero-superiores e ântero-inferiores. No caso da Classe III, muitas vezes, por razões de discrepância de modelos ou mesmo cefalométrica, bem como a presença, não rara, de um trespasse vertical negativo, conduz a um planejamento com extrações de dentes inferiores. Nesta abordagem não houve a necessidade de exodontia.

Algumas das características presentes nos pacientes que apresentam uma discrepância maxillomandibular excessiva são observadas principalmente na região dos incisivos. Estas características se repetem nos pacientes que apresentam uma Classe III esquelética. Os incisivos superiores tendem a se inclinar para vestibular e os inferiores para lingual na tentativa de compensar o problema esquelético amplamente descrito e reconhecido na literatura.

O mais interessante é que a literatura, de uma forma geral, preconiza um torque acentuadamente vestibular nos incisivos superiores e lingual nos inferiores. Essas alterações levam ao comprometimento do perfil facial, muitas vezes com conseqüências psicossociais.

McLaughlin, Bennett e Trevisi (1998), propuseram na prescrição do MBT que estas alterações nas características dos braquetes para movimentos de translação não são necessárias. Justificam esta afirmação baseados no fato de que, em suas experiências, a extensa área de contato gerada entre fio e braquete no sentido anteroposterior é suficiente para controlar a angulação das coroas.

Ainda na introdução do MBT, os autores alteram as prescrições dos braquetes para incisivos superiores e inferiores, numa flagrante individualização para movimentação. Desta forma, dentes anteriores superiores submetidos a uma mecânica de retração, apresentariam ao final do movimento posição potencialmente mais ideal, visto que a perda de torque ocasionada pela pequena área de contato entre fio retangular e braquetes, estaria compensada pela maior inclinação contida nos braquetes. Funcionaria como um “torque vestibular resistente”, que na mecânica de edgewise é adicionado ao fio e aqui seria introduzido no braquete.

Capelozza Filho *et al.* (1999, 2002, 2004) recomendam, em sua prescrição individualizada para os casos de Classe III com tratamento compensatório, um torque positivo de 10º para os incisivos laterais e 14º para os centrais, já para o arco inferior, recomenda-se uma inclinação negativa para os incisivos de 6º.

Diferentemente destas considerações, a paciente deste estudo foi submetida a um tratamento com a técnica Biofuncional, que também preconiza a utilização de elásticos intermaxilares de Classe III, mas com torques diferentes do que tem sido abordado na literatura até então (tabela 1).

Para os incisivos superiores, os acessórios desta técnica apresentam torque zero e para os inferiores, acentuado torque vestibular, 10 graus. A mordida cruzada anterior foi corrigida por meio do uso de elásticos na palatina dos incisivos superiores até a vestibular dos incisivos inferiores. Os elásticos de Classe III mesializaram os dentes superiores e retruíram os inferiores, devendo ser utilizado na fase em que se inseriu fios retangulares de aço 0.019” x 0.025” nos arcos superior e inferior.

Alves (2003) relatou que, para se obter um alto grau de satisfação com os resultados clínicos e funcionais proporcionados pela técnica Biofuncional, o torque deveria ser acentuadamente para vestibular nos incisivos inferiores, pois ao realizarmos a retração destes dentes associada a força proporcionada pelos elásticos de Classe III, estes tendem a inclinar mais lingualmente. Portanto, a intenção do torque incorporado nos braquetes tentaria neutralizar os efeitos colaterais desta mecânica, fazendo com que os dentes ficassem sujeitos ao movimento de corpo. Talvez este movimento de corpo pudesse induzir a uma maior resposta de remodelação alveolar.

A prescrição utilizada nesta pesquisa adotou braquetes para incisivos e caninos com angulação zero e torque acentuadamente vestibular para os incisivos inferiores, totalmente contrários aos previstos na literatura. Vale a pena lembrar que muitas vezes, a posição original do canino confere a ele uma angulação já negativa e deste modo, mesmo o braquete com angulação de 0 grau vai provocar um movimento mesial da coroa durante o nivelamento, o que desencadeará um deslocamento vestibular nos incisivos inferiores indesejável. Nessa circunstância, recomenda-se o uso de elásticos anteriores, por meio de botões colados na palatina dos incisivos centrais e apoiados sobre os ganchos (Kobayashi) dos incisivos laterais inferiores desde o primeiro fio de nivelamento até que estes dentes estejam descruzados.

4. CONCLUSÃO

O diagnóstico precoce da má-oclusão de Classe III é fundamental para diferenciar se o plano de tratamento é ortodôntico ou cirúrgico. Em tratamentos nos quais a severidade é leve ou moderada e a opção do paciente por um tratamento não cirúrgico, podemos recorrer ao aparelho com a prescrição Biofuncional. Neste caso clínico o resultado final foi satisfatório por seguir fielmente o protocolo da prescrição Biofuncional, pois a inclinação dos incisivos, imposta pelos braquetes é uma característica determinante para um bom resultado final em relação às outras técnicas de camuflagem ortodôntica, deixando os dentes adequadamente posicionados na base óssea. Entretanto, é necessária durante todo o tratamento a motivação e colaboração do paciente e seus responsáveis para obter os resultados almejados.

REFERÊNCIAS

[1] ABU ALHAIJA, E.S.; RICHARDSON, A. Growth prediction in Class III patients using cluster and discriminant function analysis. Eur J Orthod, v.25, n.6, p.599-608, Dec 2003.

[2] ALVES, F. A. Orthodontics: biofunctional therapy. São Paulo, Editora Santos, 2003.

[3] ANGLE, E. H. Classification of malocclusion. Dental Cosmos, Philadelphia, v. 41, no. 18, p. 248-264, Mar. 1899.

[4] BACCETTI, T.; FRANCHI, L. Shape-coordinate and tensor analysis of skeletal changes in children with treated Class III malocclusions. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.112, n.6, p.622-33, Dec 1997.

[5] BACCETTI, T., et al. Skeletal effects of early treatment of Class III malocclusion with maxillary expansion and face-mask therapy. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.113, n.3, p.333-43, Mar 1998.

[6] BACCETTI, T.; REYES, B.; MCNAMARA JR, J. Gender differences in class III malocclusion. Angle Orthod, v.75, n.4, p.510-20, 2005.

[7] BATTAGEL, J.M.; ORTON, H.S. Class III malocclusion: a comparison of extraction and non-extraction techniques. Eur J Orthod, v.13, n.3, p.212-22, Jun 1991.

[8] BENNETT, J.C.; MCLAUGHLIN, R.P. O tratamento ortodôntico da dentição com o aparelho pré-ajustado. São Paulo, Artes Médicas, 1998.

[9] BISHARA, S.E.; HESSION, T.J.; PETERSON, L.C. Longitudinal soft-tissue profile changes: a study of three analyses. Am J Orthod, v.88, n.3, p.209-23, Sep 1985.

[10] CAPELOZZA FILHO, L. Entrevista. Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial, v.4, n.1, p.1-2, jan/fev 1999.

[11] CAPELOZZA FILHO, L., et al. Individualização de braquetes na técnica de straight-wire: revisão de conceitos e sugestões de indicações para uso. Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial, v.4, n.4, p.87-106, jul/ago 1999.

[12] CAPELOZZA FILHO, L., et al. Tratamento ortodôntico da Classe III: revisando o método (ERM e Tração) por meio de um caso clínico. Dental Press Ortodon Ortop Facial, v.7, n.6, p.99-119, nov/dez 2002.

[13] CAPELOZZA FILHO, L. Diagnóstico em Ortodontia. Maringá, Dental Press, 2004.

[14] DELAIRE, J. Maxillary development revisited: relevance to the orthopaedic treatment of Class III malocclusions. Eur J Orthod, v.19, n.3, p.289-311, Jun 1997.

[15] ELLIS, E.; MCNAMARA, J.A., JR. Components of adult Class III open-bite malocclusion. Am J Orthod, v.86, n.4, p.277-90, Oct 1984.

[16] GRABER, T.M. Ortodontia: Princípios e Técnicas atuais. 2. Rio de Janeiro, 1996.

[17] HILLER, M.E. Nonsurgical correction of Class III open bite malocclusion in an adult patient. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.122, n.2, p.210-16, Aug 2002.

[18] JACOBS, J.D.; SINCLAIR, P.M. Principles of orthodontic mechanics in orthognathic surgery cases. Am J Orthod, v.84, n.5, p.399-407, Nov 1983.

[19] JANSON, G., et al. Extreme dentoalveolar compensation in the treatment of Class III malocclusion. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.128, n.6, p.787-94, Dec 2005.

[20] JANSON, G.R., et al. Eruption Guidance Appliance effects in the treatment of Class II, Division 1 malocclusions. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.117, n.2, p.119-29, Feb 2000.

[21] JOHNSTON, C., et al. The influence of mandibular prominence on facial attractiveness. Eur J Orthod, v.27, n.2, p.129-33, Apr 2005.

[22] KIM, J.H., et al. The effectiveness of protraction face mask therapy: a meta-analysis. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.115, n.6, p.675-85, Jun 1999.

[23] LIN, J.; GU, Y. Preliminary investigation of nonsurgical treatment of severe skeletal Class III malocclusion in the permanent dentition. Angle Orthod, v.73, n.4, p.401-10, Aug 2003.

[24] MACDONALD, K.E.; KAPUST, A.J.; TURLEY, P.K. Cephalometric changes after the correction of class III malocclusion with maxillary expansion/facemask therapy. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.116, n.1, p.13-24, Jul 1999.

[25] MARTINS, D.R. et al. Tratamento da má oclusão de Classe III com máscara de protração maxilar (Tração Reversa). Odonto Mast Ortod, v.1, n.1, p.1-31, 1994.

[26] MCNAMARA, J.A., JR. An orthopedic approach to the treatment of Class III malocclusion in young patients. J Clin Orthod, v.21, n.9, p.598-608, Sep 1987.

[27] NANDA, S.K.; BURSTONE, C.J. Prospectives in orthodontic stability. Retention and stability in orthodontics. Philadelphia, Saunders, 1993.

[28] RAKOSI, T. Treatment of Class III malocclusion. In: Mosby. Dentofacial orthopedics with functional appliances. St. Louis, Graber, T.M.; Rakosi, T.; Petrovic, A., 1997.

[29] SANBORN, R.T. Differences between facial skeletal patterns of Class III malocclusion and normal occlusion. Angle Orthod, v.25, p.208-22, 1955.

[30] SANTOS, E.C.A. Estudo cefalométrico entra as alterações resultantes de dois tipos de tratamento ortodôntico em jovens com má oclusão de Classe II, 1º divisão de Angle. Bauru, 1996. 203pp. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo.

[31] SILVA, A.A.; CARVALHO, D.S.; ADIMARI, M.R.W. Previsão de Crescimento: a Relação entre a base do Crâ-

nio e a Classe III de Angle. Rev Dental Press, v.2, n.4, p.71-9, 1997.

[32] SILVA FILHO, O.G.; SANTOS, S.C.B.N.; SUGUIMOTO, R.M. Má oclusão de Classe III: época oportuna de tratamento. Ortodontia, v.28, n.3, p.74-84, 1995.

[33] SILVA FILHO, O.G.; MAGRO, A.C.; CAPELOZZA FILHO, L. Early treatment of the Class III malocclusion with rapid maxillary expansion and maxillary protaction. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.113, n.2, p.196-203, Fev 1998.

[34] SOUZA, J.E.P. Avaliação das compensações dentoalveolares extremas no Tratamento da classe III esquelética. Bauru, 2006. 266 p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo.

[35] TURLEY, P.K. Orthopedic correction and Class III treatament. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.22, n.5, p.314-25, 1988.

INTRUSÃO DE MOLARES SUPERIORES PARA CORREÇÃO DA MORDIDA ABERTA ANTERIOR ESQUELÉTICA

MAXILLARY MOLAR INTRUSION FOR CORRECTION OF SKELETAL ANTERIOR OPEN BITE

ANA CAROLINA BORGES DA **SILVA**[1], FABRÍCIO PINELLI **VALARELLI**[2], JULIANA VOLPATO CURI **PACCINI**[3], MOACYR TADEU VICENTE **RODRIGUES**[4*], RODRIGO HERMONT **CANÇADO**[5], KARINA MARIA SALVATORE DE **FREITAS**[6*]

1. Especialista em Ortodontia pela FACSETE-SOEPE, Porto Velho-RO; **2.** Professor do Curso de Mestrado em Ortodontia da Faculdade Ingá, Maringá-PR; **3.** Professora do Curso de Especialização em Ortodontia da FACSETE-SOEPE, Porto Velho-RO; **4.** Professor da Faculdade São Lucas, Porto Velho-RO; **5.** Professor do Curso de Mestrado em Ortodontia da Faculdade Ingá, Maringá-PR; **6.** Coordenadora do Curso de Mestrado em Ortodontia da Faculdade Ingá, Maringá-PR.

* Rua Jamil Gebara, 1-25 apto 111, Bauru, São Paulo, Brasil. CEP: 17071-150. kmsf@uol.com.br

Recebido em 01/2014. **Aceito** para publicação em 02/2014

RESUMO

Uma das características que contribuem para a formação da mordida aberta anterior esquelética é o aumento da altura dentoalveolar posterior. O tratamento compensatório dessa má oclusão deve, portanto, ter como objetivo principal a redução dessa altura através de intrusão molar a fim de minimizar a necessidade de extrusão dos dentes anteriores e de reduzir ou controlar a altura facial ântero-inferior, que se apresenta aumentada nesses pacientes. A ancoragem esquelética através de mini-implantes permite hoje que um movimento intrusivo real seja alcançado, sem efeitos colaterais nos dentes adjacentes. Este trabalho descreve o tratamento de um paciente de 16 anos do sexo masculino, com padrão vertical acentuado e mordida aberta anterior esquelética tratado com auxílio de intrusão molar utilizando-se mini-implantes. Foram instalados dois mini-implantes por vestibular nos espaços interradiculares mesial e distal dos primeiros molares superiores. Uma grade palatina foi utilizada com o duplo objetivo de evitar a inclinação vestibular dos molares a serem intruídos e de reeducação postural lingual. Após 10 meses de intrusão, os molares superiores intruíram 3,4mm e um trespasse vertical de 2,7mm foi obtido. A AFAI manteve-se estável, sem prejuízo ao perfil facial. Conclui-se que a intrusão dos molares por meio de mini-implantes é um método eficaz para a correção da mordida aberta anterior esquelética e para controle da AFAI, sendo uma alternativa de tratamento para casos com indicação cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVE: Mordida aberta, procedimentos de ancoragem ortodôntica, adulto jovem.

ABSTRACT

One of the characteristics that contribute to the formation of skeletal anterior open bite is increased dentoalveolar posterior height. Therefore, the compensatory treatment of this malocclusion should have as main objective to reduce this height through molar intrusion in order to minimize the anterior teeth need of extrusion and to reduce or control the lower anterior facial height, which appear enlarged in these patients. The skeletal anchorage through mini-implants today allows the achievement of a real intrusive movement with no side effects on the adjacent teeth. This study describes the treatment of a patient, 16 year old male, with sharp vertical pattern and skeletal anterior open bite treated with the aid of molar intrusion using mini-implants. Two mini-implants were installed in the buccal side in mesial and distal interradicular spaces of the upper first molars. A palatal crib was used with the dual purpose of avoiding buccal tipping of the molars to be intruded and tongue postural reeducation. After 10 months of intrusion, the upper molars intruded 3.4 mm and a 2,7mm overbite was achieved. The LAFH remained stable, without prejudice to the facial profile. It is concluded that molar intrusion through mini-implants is an effective method to correct skeletal anterior open bite and to control LAFH, being an alternative treatment to cases that requires surgery.

KEYWORDS: Open bite, orthodontic anchorage procedures, young adult.

1. INTRODUÇÃO

A primeira opção de tratamento da mordida aberta anterior esquelética severa no paciente adulto normalmente é a realização de cirurgia ortognática associada à correção ortodôntica (KURODA; KATAYAMA;

TAKANO-YAMAMOTO, 2004; TANAKA *et al.*, 2005). Entretanto, muitos pacientes não aceitam o tratamento cirúrgico por seu alto custo, elevado desconforto e pelos riscos inerentes a este (KURODA; KATAYAMA; TAKANO-YAMAMOTO, 2004; MCLEOD; GRUBER, 2012; SANDLER; MADAHAR; MURRAY, 2011). Nestes casos, opta-se por um tratamento baseado somente em compensação dentária através de verticalização, retrusão e extrusão dos dentes anteriores e/ou de intrusão dos dentes posteriores.

A altura dentoalveolar posterior excessiva, comumente presente nesses pacientes, é determinante para a formação da mordida aberta anterior (CARANO; MACHATA; SICILIANI, 2005; KUCERA *et al.*, 2011). O tratamento desses casos deve então basear-se principalmente em limitar ou reduzir essa altura(KUCERA et al., 2011), já que apenas 1mm de intrusão posterior é capaz de promover um aumento de 3mm no trespasse vertical anterior através de rotação mandibular anti-horária (KUHN, 1968).

Nas mecânicas compensatórias convencionais, onde o tratamento é realizado basicamente através da extrusão dos incisivos superiores e inferiores, há um pobre controle vertical dos dentes posteriores, resultando muitas vezes em extrusão destes, com consequente rotação horária mandibular e aumento da AFAI (DEGUCHI *et al.*, 2011).

Muitos dispositivos já foram utilizados na tentativa de intrusão dos dentes posteriores, como bite-blocks (ISCAN; SARISOY, 1997), multiloop edgewise archwire (MEAW) (KIM *et al.*, 2000) e aparelhos extrabucais de tração alta(ALEXANDER, 1999). Porém, os resultados destes aparelhos se limitam a uma intrusão relativa associada à extrusão dos dentes anteriores ou à contenção do movimento extrusivo dos molares (ERVERDI; KELES; NANDA, 2004; SUGAWARA et al., 2002; VILLELA *et al.*, 2008). Além disso, estes aparelhos não são estéticos e dependem da colaboração do paciente(VILLELA *et al.*, 2008).

Para obtenção de um movimento intrusivo real, sem movimentação da unidade de ancoragem, é necessário utilizar-se uma ancoragem esquelética, que pode ser obtida através de mini-placas e mini-implantes (HERNANDEZ-ALFARO; EGIO; RUIZ, 2009). Sua utilização para intrusão dos molares em mordidas aberta esqueléticas permite que a dimensão vertical seja controlada ou até mesmo diminua através da rotação mandibular em sentido anti-horário, sem a necessidade de colaboração do paciente (ERVERDI *et al.*, 2007; XUN; ZENG; WANG, 2007).

Desta forma, este trabalho visa apresentar o caso de um paciente adulto jovem com padrão vertical acentuado e mordida aberta anterior esquelética tratado de forma compensatória com auxílio de intrusão dos molares superiores por meio de mini-implantes.

2. RELATO DE CASO

O paciente A.V.A.S., 16 anos, leucoderma, gênero masculino, procurou a clínica ortodôntica com a queixa principal de mordida aberta anterior. Na análise extrabucal observou-se a presença de simetria frontal, padrão vertical acentuado, aumento do terço inferior da face (Figura 1.A), ausência de selamento labial passivo, interposição lingual (Figura 1.B) e perfil convexo devido a rotação da mandíbula no sentido horário. (Figura 1.C).

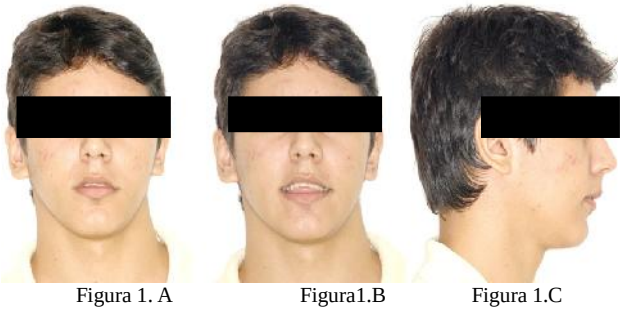


Figura 1. A Figura1.B Figura 1.C

Figura 1. Fotografias extrabucais iniciais.

Na análise intrabucal constatou-se a presença de Classe I de molar, porém devido a curva de Spee inferior acentuada, Classe II completa de caninos bilateral; perda dos dentes 35 e 36; angulação do 37 para mesial; dente 45 em infraoclusão; linhas médias superior e inferior desviadas para esquerda, mas coincidentes entre si; trespasse vertical negativo de 6mm e trespasse horizontal de 8,9mm. Verificou-se ainda apinhamento dos dentes 31 e 41 e giroversão do 14 e 24. Os dentes e tecidos moles intrabucais apresentavam-se em condição de normalidade (Figura 2).

Figura2.A Figura2.B Figura 2.C

Figura. D Figura 2.E

Figura 2. Fotografias intrabucais iniciais.

Na radiografia panorâmica inicial foi observada a ausência dos dentes 35 e 36; presença de restauração dos molares superiores e inferiores; e dente 45 em infraoclusão e com grande angulação para mesial. As estruturas adjacentes aos dentes apresentavam aspecto de normalidade (Figura 3).

Figura 3. Panorâmica inicial.

Na telerradiografia inicial foi observado o aumento da AFAI, característico no padrão dolicofacial (Figura 4).

Figura 4. Telerradiografia inicial.

Opções de tratamento

Diante do diagnóstico realizado e considerando-se as características da má-oclusão, o primeiro plano de tratamento proposto foi o ortodôntico-cirúrgico devido à natureza esquelética da mordida aberta, à sua severidade e ao comprometimento esquelético-facial. Entretanto, este plano de tratamento não foi aceito pelo paciente, devido a seu alto custo e aos riscos envolvidos.

A segunda opção de tratamento consistia na realização de extração dos primeiros pré-molares superiores a fim de facilitar a correção da relação de Classe II e a mecânica de fechamento da mordida, bem como de aumentar a estabilidade da correção. Porém, esta opção foi eliminada, pois comprometeria o perfil devido a presença de um ângulo nasolabial aumentado.

Outra opção de tratamento possível seria a correção apenas através da extrusão dos dentes anteriores utilizando-se dobras de extrusão e elásticos verticais anteriores. Entretanto, uma grande quantidade de extrusão seria necessária, o que poderia gerar exposição gengival anterior excessiva ao sorrir. Além disso, o pobre controle vertical posterior dessa mecânica poderia provocar um aumento da AFAI durante o tratamento, agravando o padrão hiperdivergente.

Deste modo, optou-se por uma mecânica compensatória baseada na intrusão dos molares superiores, possibilitando assim a redução da altura dentoalveolar posterior, o controle da AFAI e minimizando a necessidade de extrusão dos dentes anteriores.

Outros mecanismos também foram utilizados para favorecer o tratamento, como colagem diferenciada, grade palatina fixa, seguida de esporão lingual para remover o hábito de interposição lingual, dobras de extrusão anterior e uso de elásticos intermaxilares. Ao final do tratamento planejou-se a instalação de implante ósseo-integrado na região dos dentes 35 e 36.

Progresso do tratamento

A técnica utilizada foi straight wire (arco reto), composta por bráquetes de prescrição Roth slot 0,022". Foi instalada uma grade palatina fixa, procedida pela colagem diferenciada dos bráquetes anteriores superiores e inferiores, 0,5 mm a mais no sentido vertical em relação ao centro da coroa, para auxiliar no fechamento da mordida aberta via extrusão destes dentes (Figura 5).

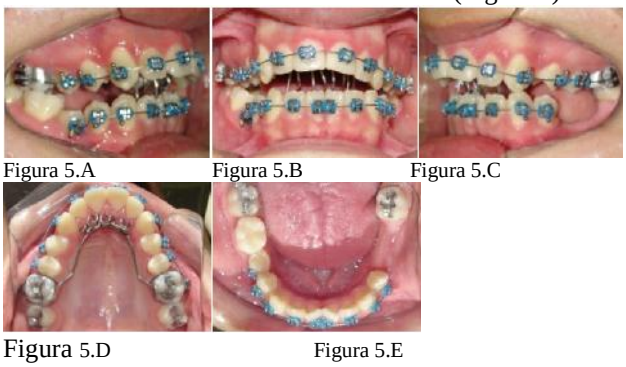


Figura 5.A Figura 5.B Figura 5.C

Figura 5.D Figura 5.E

Figura 5. Técnica straightwire (arco reto), composta por bráquetes de prescrição Roth slot 0,022".

O alinhamento e nivelamento foi realizado com fios redondos de NiTi. Foram instalados mini-implantes autoperfurantes de 1,5 mm de diâmetro e 8mm de comprimento da marca Conexão Sistemas de Prótese (Arujá, São Paulo, Brasil), para intrusão dos molares superiores, dois por vestibular nos espaços interradiculares mesial e distal dos primeiros molares superiores, próximos a jun-

ção mucogengival, e um por palatina na distal de cada um destes dentes (Figura 6 e Figura 7 A-C). Estes últimos foram utilizados para verticalizar os dentes 17 e 27, que se encontravam vestibularizados, através da intrusão de suas cúspides palatinas (Figura 7.D).

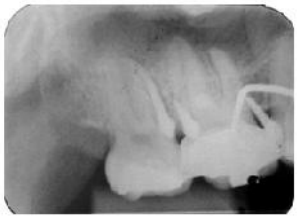


Figura 6.A

Figura 6.B

Figura 6. O alinhamento e nivelamento foi realizado com fios redondos de NiTi.

Após a fase de alinhamento e nivelamento utilizou-se o fio 0.019" x 0.025" aço, concomitantemente à intrusão dos molares com os mini-implantes. O movimento intrusivo foi realizado utilizando-se cadeias elásticas com força de 100g que estendiam-se do mini-implante vestibular mesial ao distal, utilizando o tubo do primeiro molar como apoio (Figura 7). A armação de sustentação da grade palatina impedia a inclinação vestibular do molar durante a intrusão.

Figura 7.A

Figura 7.B

Figura 7.C

Figura 7.D

Após a planificação da curva de Spee inferior, o paciente ainda apresentava uma relação de ½ Classe II bilateral. Para correção, utilizou-se elástico de Classe II 3/16 por um período de 10 meses (Figura 8).

Figura 8.A

Figura 8.B

Figura 8.C

Com o fechamento da mordida, após 1,8 anos de tratamento, a grade palatina foi removida e foram colados esporões linguais na face palatina dos incisivos superiores (Figura 9.D), os quais, devido às suas extremidades afiladas, forçam a língua para uma posição postural mais retruída. Nesta fase, o movimento intrusivo já havia sido finalizado.

Figura 9.A

Figura 9.B

Figura 9.C

Figura 9.D

Figura 9.E

Ao evoluir o arco superior para o fio 0.018"aço, para fase de intercuspidação, utilizou-se dobra de extrusão anterossuperior entre os elementos 12 e 22, a fim de aumentar o trespasse vertical destes dentes (Figura 9. A-C).

Figura 10.A

Figura 10.B

Figura 10.C

Figura 10.D

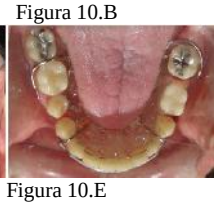


Figura 10.E

Figura 10. Fotografias intrabucais finais

Figura 11.A

Figura 11.B

Figura 11.C

Figura 11.D

Figura 11.E

Figura 11. Fotografias intrabucais finais.

Ao final do tratamento observou-se uma sobremordida de 2,7 mm, obtida através da verticalização e extrusão dos incisivos superiores e inferiores, estes últimos

em menor grau, e de uma intrusão real de 3,4 mm dos molares superiores obtida com 06 meses de intrusão do dente 26 e 10 meses de intrusão do dente 16 devido a uma maior severidade da mordida aberta deste lado.

Figura 12.A Figura 12.B Figura 12.C

Figura 12. Fotografias extrabucais finais.

Figura 13. Radiografia Panorâmica final.

Figura 14. Telerradiografia final.

Após remoção do aparelho ortodôntico, foi instalada no paciente uma placa de Hawley com furo na papila palatina no arco superior e contenção 3x3 inferior associada a um mantenedor de espaço funcional (Figura 10), bem como os implantes do segundo pré-molar e primeiro molar inferior esquerdo (Figura 11).

3. RESULTADOS

A fim de verificar as mudanças ocorridas no posicionamento das bases ósseas e dos dentes após o tratamento, realizou-se uma análise comparativa das telerradiografias inicial e final do paciente utilizando-se o software Dolphin Imaging Premium 10.5.

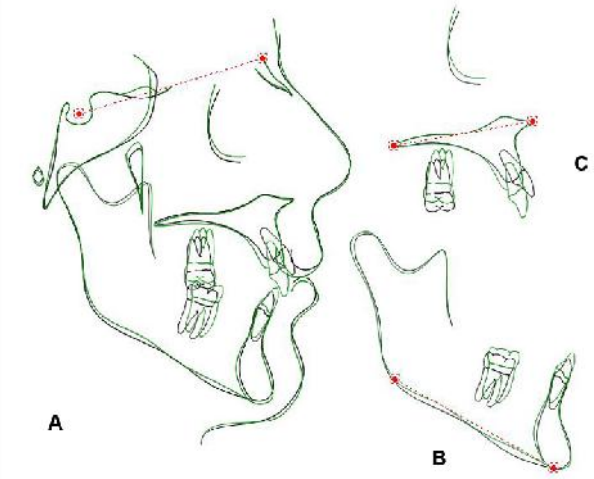


Figura 15 A, B, C: Sobreposição das telerradiografias inicial (traçado preto) e final (traçado verde)

	Inicial	Final
Componente Maxilar		
SNA (º)	77.5	77.9
A-NPerp (mm)	3.3	2.3
Co-A (mm)	82.1	82.3
Componente Mandibular		
SNB (º)	73.1	73.0
P-NPerp (mm)	1.1	0.6
Co-Gn (mm)	118.7	119.8
Relação Maxila e Mandíbula		
ANB (º)	4.4	4.9
Wits (mm)	9.2	3.8
Padrão de Crescimento		
FMA (º)	30.7	32.0
SN-GoGn (º)	39.4	41.0

SN.Ocl (º)	11.9	23.9
AFAI (mm)	80.0	80.7
Componente Dentoalveolar Maxilar		
1.NA (º)	29.8	10.7
1-NA (mm)	5.6	0.9
1-PP (mm)	28.9	33.3
6-PTV (mm)	21.0	20.1
6-PP (mm)	26.5	23.1
6.SN (º)	78.5	73.0
Componente Dentoalveolar Mandibular		
1.NB (º)	19.9	25.4
1-NB (mm)	3.7	5.8
1-GoMe (mm)	40.9	42.8
6Coroa-sínfise (mm)	21.4	20.5
6.GoMe (º)	73.8	71.4
Relação Dentária		
Sobressaliência (mm)	8.9	3.4
Sobremordida (mm)	-6.0	2.7
Perfil Mole – Componente Tegumentar		
Li–linha S (mm)	-1.9	-1,3
Ls-linha S (mm)	-2.5	-1.7
Convexidade Facial (º)	17.2	18.6
ANL (º)	121.6	120.5

Tabela 1. Valores cefalométricos iniciais e finais do paciente A.V.A.S.

4. DISCUSSÃO

Pacientes com mordida aberta anterior de origem esquelética apresentam como características excesso vertical maxilar, aumento da altura facial anteroinferior e rotação mandibular no sentido horário, com consequente aumento da convexidade facial (CABRERA MDE *et al.*, 2010; CARANO; MACHATA; SICILIANI, 2005; KURODA; KATAYAMA; TAKANO-YAMAMOTO, 2004; XUN; ZENG; WANG, 2007). Outra característica muito comum nesses pacientes é a altura dentoalveolar posterior excessiva, o que tem grande contribuição na formação da mordida aberta (CARANO; MACHATA; SICILIANI, 2005; KUCERA *et al.*, 2011). O controle dessa altura durante o tratamento da mordida aberta é fundamental para não haver aumento na dimensão vertical anterior (KUHN, 1968).

Em pacientes adultos com maior comprometimento esquelético e facial, elege-se a terapia ortocirúrgica como primeira opção de tratamento para obtenção de uma oclusão satisfatória e de uma face mais harmoniosa (KURODA; KATAYAMA; TAKANO-YAMAMOTO, 2004; TANAKA *et al.*, 2005). No caso aqui relatado, este foi o tratamento inicialmente proposto. Entretanto, o mesmo foi rejeitado pelo paciente, o que é muito frequente devido aos riscos e ao desconforto inerentes ao procedimento cirúrgico e a seu custo elevado (KURODA; KATAYAMA; TAKANO-YAMAMOTO, 2004; MCLEOD; GRUBER, 2012; SANDLER; MADAHAR; MURRAY, 2011).

Com o advento dos dispositivos de ancoragem temporários (DATs), como mini-implantes e mini-placas, existe hoje, como alternativa à cirurgia, a possibilidade de realização de intrusão molar real para tratamento de casos de mordida aberta esquelética (PARK; KWON; KWON, 2004; PARK et al., 2008; SANDLER; MADAHAR; MURRAY, 2011). Kuroda *et al* (KURODA *et al.*, 2007) encontrou resultados semelhantes no que diz respeito ao aumento do trespasse vertical à diminuição da altura facial anterior total e inferior entre casos limítrofes e graves de mordida aberta anterior esquelética tratados por meio de cirurgia ortognática e de intrusão molar com ancoragem esquelética, concluindo que este último parece ser uma opção mais viável devido a sua maior simplicidade.

Com a intrusão molar reduz-se a altura dentoalveolar posterior, o que permite que a altura facial anteroinferior se mantenha estável, sem piora do padrão vertical durante o tratamento, ou até mesmo diminua, rotacionando a mandíbula em sentido anti-horário e aumentando o trespasse vertical (ESTELITA; JANSON; CHIQUETO, 2012; KAKU et al., 2009; PARK; KWON; KWON, 2004; SHERWOOD; BURCH; THOMPSON, 2002).

Neste trabalho optou-se pela utilização de mini-implantes devido a simplicidade em sua instalação e remoção, ao baixo custo e menor desconforto em relação às mini-placas (KAKU et al., 2009; PARK *et al.*, 2008; XUN; ZENG; WANG, 2007).

A exposição gengival excessiva ao sorrir também é favorecida pela mecânica de intrusão dos molares superiores. Esta promove redução do sorriso gengival posterior e evita o aumento da exposição gengival anterior, já que reduz a necessidade de extrusão dos dentes anteriores (ESTELITA; JANSON; CHIQUETO, 2012). No caso clínico em questão, a severidade da mordida aberta determinaria o aparecimento de um sorriso gengivoso caso fosse corrigida somente à custa de extrusão dos incisivos. Essa foi uma das razões pela qual optou-se por intruir os molares superiores para auxiliar a obtenção de um trespasse vertical positivo.

Há na literatura diferentes abordagens a respeito do local de instalação e da quantidade de mini-implantes a serem utilizados na mecânica de intrusão (ESTELITA; JANSON; CHIQUETO, 2012; KAKU *et al.*, 2009; PARK et al., 2008; XUN; ZENG; WANG, 2007). Neste

caso, optou-se pela instalação de dois mini-implantes por vestibular nos espaços interradiculares mesial e distal dos primeiros molares superiores. A presença de uma grade palatina instalada para conter o hábito de interposição lingual eliminou a necessidade de instalação de mini-implantes do lado palatino para evitar a inclinação vestibular do primeiro molar. Uma barra transpalatina também poderia ser utilizada para este fim (KAKU *et al.*, 2009; PARK; KWON; SUNG, 2006; VILLELA *et al.*, 2008; WILMES *et al.*, 2013; XUN; ZENG; WANG, 2007) ou um aparelho expansor hyrax, caso fosse necessário expansão maxilar(ERVERDI; USUMEZ; SOLAK, 2006; PARK et al., 2008). A força de intrusão utilizada foi de 100g, aplicada através de cadeias elásticas, assim como no estudo de Park *et al* (PARK; KWON; SUNG, 2006).

Dentre as alterações esqueléticas obtidas, as mais significativas dizem respeito à relação entre maxila e mandíbula, expressa pela variável Wits, com uma redução de 5,4mm, o que se deve ao giro do plano oclusal em sentido horário. Na grandeza SN.Ocl nota-se grande mudança, passando de um valor inicial de 11,9º para uma final de 23, 9º. Isso se deve a posição final intruída dos primeiros molares superiores e extruída dos incisivos superiores, provocando um giro do plano oclusal no sentido horário(PHILIPPE, 1995) e favorecendo o fechamento da mordida.

No que se refere às posições dentárias, verificaram-se grandes alterações. Os incisivos superiores foram verticalizados em 19,1º, conforme a variável 1.NA, passando de uma posição extremamente vestibularizada para uma posição normal no que diz respeito aos valores de referência. Nota-se também uma retrusão destes dentes, o que é representado pela variável 1-NA.

Observando-se as variáveis 1.NB e 1-NB percebe-se que os incisivos inferiores foram verticalizados e protruídos, respectivamente, em relação à base óssea.

No sentido vertical, nota-se uma extrusão de 4,4mm dos incisivos superiores e de 1,9mm dos incisivos inferiores, que foi obtida através do nivelamento do plano oclusal (ERVERDI; USUMEZ; SOLAK, 2006), da colagem diferenciada no sentido vertical(ALEXANDER, 1983), da execução de dobra de extrusão anterossuperior e do uso de elástico de Classe II (extrusão anterossuperior) (LORIATO; MACHADO; PACHECO, 2006; PHILIPPE, 1995). Não foram utilizados elásticos verticais anteriores para aumentar a sobremordida.

Analisando-se a variáveis 6-PP e 6.SN, concernentes aos primeiros molares superiores, nota-se uma intrusão de 3,4mm e uma verticalização de 5,5º, respectivamente. Levando em consideração o tempo médio necessário para essa intrusão, obteve-se uma taxa de intrusão de 0,42mm/mês. Sherwood *et al* (SHERWOOD; BURCH; THOMPSON, 2002), avaliou a efetividade das mini-placas para intrusão molar em quatro pacientes adultos, obtendo uma taxa de intrusão média de 0,36mm/mês do primeiro molar superior, o que demonstra que a eficiência dos mini-implantes é comparável a das mini-placas, mesmo com sua simplicidade na instalação e baixo custo.

A intrusão dos primeiros molares superiores permitiu que o controle da AFAI fosse possível e esta se manteve estável durante o tratamento, o que foi fundamental para que a estética facial não fosse comprometida.

As variáveis FMA e SN-GoGn apresentaram leve aumento, sem significância clínica. Presume-se que esse aumento se deva ao efeito colateral de extrusão dos molares inferiores provocado pelo uso de elástico de Classe II (ESTELITA; JANSON; CHIQUETO, 2012; LORIATO; MACHADO; PACHECO, 2006; PHILIPPE, 1995) e pela verticalização de 2,4º desses dentes.

Como resultado deste tratamento, foi possível aumentar a sobremordida em 8,7mm e diminuir a sobressaliência em 5,5mm, obtendo-se ao final um trespasse vertical de 2,7mm e horizontal de 3,4mm.

5. CONCLUSÃO

A intrusão dos molares superiores por meio de mini-implantes é um método eficaz para a correção da mordida aberta anterior esquelética e para controle da AFAI, sendo uma alternativa de tratamento para casos com indicação cirúrgica.

REFERÊNCIAS

[1] ALEXANDER, C.D. Open bite, dental alveolar protrusion, class I malocclusion: A successful treatment result. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.116, n.5, p.494-500, 1999.

[2] ALEXANDER, R.G. The vari-simplex discipline. Part 1. Concept and appliance design. J Clin Orthod, v.17, n.6, p.380-92, 1983.

[3] CABRERA MDE, C. *et al*. Lateral open bite: treatment and stability. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.137, n.5, p.701-11, 2010.

[4] CARANO, A.; MACHATA, W.; SICILIANI, G. Noncompliant treatment of skeletal open bite. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.128, n.6, p.781-6, 2005.

[5] DEGUCHI, T. *et al*. Comparison of orthodontic treatment outcomes in adults with skeletal open bite between conventional edgewise treatment and implant-anchored orthodontics. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.139, n.4 Suppl, p.S60-8, 2011.

[6] ERVERDI, N.; KELES, A.; NANDA, R. The use of skeletal anchorage in open bite treatment: a cephalometric evaluation. Angle Orthod, v.74, n.3, p.381-90, 2004.

[7] ERVERDI, N.; USUMEZ, S.; SOLAK, A. New generation open-bite treatment with zygomatic anchorage. Angle Orthod, v.76, n.3, p.519-26, 2006.

[8] ERVERDI, N. *et al*. Noncompliance open-bite treatment with zygomatic anchorage. Angle Orthod, v.77, n.6, p.986-90, 2007.

[9] ESTELITA, S.; JANSON, G.; CHIQUETO, K. Versatility and benefits of mini-implants for vertical and sagittal anchorage in a growing open bite class II patient. J Orthod, v.39, n.1, p.43-53, 2012.
[10] HERNANDEZ-ALFARO, F.; EGIO, E.; RUIZ, V. Transalveolar screw: a new concept for orthodontic anchorage. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, v.14, n.4, p.E198-202, 2009.
[11] ISCAN, H.N.; SARISOY, L. Comparison of the effects of passive posterior bite-blocks with different construction bites on the craniofacial and dentoalveolar structures. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.112, n.2, p.171-8, 1997.
[12] KAKU, M. et al. Correction of severe open bite using miniscrew anchorage. Aust Dent J, v.54, n.4, p.374-80, 2009.
[13] KIM, Y.H. *et al*. Stability of anterior openbite correction with multiloop edgewise archwire therapy: A cephalometric follow-up study. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.118, n.1, p.43-54, 2000.
[14] KUCERA, J. *et al*. Molar height and dentoalveolar compensation in adult subjects with skeletal open bite. Angle Orthod, v.81, n.4, p.564-9, 2011.
[15] KUHN, R.J. Control of anterior vertical dimension and proper selection of extraoral anchorage. Angle Orthod, v.38, n.4, p.340-9, 1968.
[16] KURODA, S.; KATAYAMA, A.; TAKANO-YAMAMOTO, T. Severe anterior open-bite case treated using titanium screw anchorage. Angle Orthod, v.74, n.4, p.558-67, 2004.
[17] KURODA, S. *et al*. Treatment of severe anterior open bite with skeletal anchorage in adults: comparison with orthognathic surgery outcomes. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.132, n.5, p.599-605, 2007.
[18] LORIATO, L.B.; MACHADO, A.W.; PACHECO, W. Considerações clínicas e biomecânicas de elásticos em ortodontia. Revista Clinica Ortodontia Dental Press, v.5, p.44-57, 2006.
[19] MCLEOD, N.M.; GRUBER, E.A. Consent for orthognathic surgery: a UK perspective. Br J Oral Maxillofac Surg, v.50, n.2, p.e17-21, 2012.
[20] PARK, H.S.; KWON, O.W.; SUNG, J.H. Nonextraction treatment of an open bite with microscrew implant anchorage. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.130, n.3, p.391-402, 2006.
[21] PARK, H.S.; KWON, T.G.; KWON, O.W. Treatment of open bite with microscrew implant anchorage. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.126, n.5, p.627-36, 2004.
[22] PARK, Y.C. et al. Open bite correction by intrusion of posterior teeth with miniscrews. Angle Orthod, v.78, n.4, p.699-710, 2008.
[23] PHILIPPE, J. Mechanical analysis of Class II elastics. J Clin Orthod, v.29, n.6, p.367-72, 1995.
[24] SANDLER, P.J.; MADAHAR, A.K.; MURRAY, A. Anterior open bite: aetiology and management. Dent Update, v.38, n.8, p.522-4, 7-8, 31-2, 2011.
[25] SHERWOOD, K.H.; BURCH, J.G.; THOMPSON, W.J. Closing anterior open bites by intruding molars with titanium miniplate anchorage. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.122, n.6, p.593-600, 2002.
[26] SUGAWARA, J. *et al*. Treatment and posttreatment dentoalveolar changes following intrusion of mandibular molars with application of a skeletal anchorage system (SAS) for open bite correction. Int J Adult Orthodon Orthognath Surg, v.17, n.4, p.243-53, 2002.
[27] TANAKA, E. *et al*. An adult case of skeletal open bite with a large lower anterior facial height. Angle Orthod, v.75, n.3, p.465-71, 2005.
[28] VILLELA, H.M. et al. Intrusão de molares superiores utilizando microparafusos ortodônticos de titânio autoperfurantes. Revista Clínica Ortodontia Dental Press, v.7, p.52-64, 2008.
[29] WILMES, B. *et al*. Upper-molar intrusion using anterior palatal anchorage and the Mousetrap appliance. J Clin Orthod, v.47, n.5, p.314-20; quiz 28, 2013.
[30] XUN, C.; ZENG, X.; WANG, X. Microscrew anchorage in skeletal anterior open-bite treatment. Angle Orthod, v.77, n.1, p.47-56, 2007.

Revisões de Literatura

FIBROMIALGIA E A MULTIDISCIPLINARIEDADE

FIBROMYALGIA AND MULTI-DISCIPLINARITY

NATHÁLIA MARQUES **BRITES**[1]

1. Aluna do curso de pós-graduação em Fisioterapia Traumato - ortopédica da UNINGÁ.

* Rua Venâncio Aires 1.144, apto 33, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP: 97010-002 nathybrites89@gmail.com

Recebido em 04/2014. **Aceito** para publicação em 06/2014

RESUMO

Objetivos: Esta revisão bibliográfica teve como objetivo abordar a relevância da multidisciplinariedade no tratamento da Fibromialgia. Métodos: Utilizou-se de métodos de pesquisa bibliográfica, com estudo descritivo, por meio das bases de dados SCIELO, BIREME e PUBMED. Resultados: No decorrer da pesquisa constatou-se que o fator psíquico possui alta correlação com os acometimentos músculo-esqueléticos e demais fatores pertencentes a esta síndrome. Conclusões: Desse modo foi possível identificar o alto índice do fator psicológico que envolve os portadores dessa síndrome. Assim, esse estudo pode transmitir aos profissionais de saúde e à população a importância de um tratamento multidisciplinar.

PALAVRAS-CHAVE: Fibromialgia, Multidisciplinariedade, qualidade de vida, fisioterapia.

ABSTRACT

Objectives: This systematic review aims at approaching relevant aspects of multi-disciplinary in the treatment of fibromyalgia. Methods: This work is a bibliographical research with a descriptive study based on SCIELO, BIREME and PUBMED data. Results: During this study it was found that the psychic factor is highly associated with health problems in the musculoskeletal system among other factors which belongs to this syndrome. Conclusion: It was possible to identify the high level that the psychic factor can influence patients of this syndrome. This study can show to health professionals and to the general population the importance of a multi-disciplinary treatment in order to improve the quality of life of patients. In addition, we suggest further studies about this subject.

KEYWORDS: Fibromyalgia, multidisciplinary, quality of life, physiotherapy.

1. INTRODUÇÃO

Wolf F. *et al* 1990 citam a Fibromialgia (FM) como uma síndrome reumática que possui etiologia desconhecida, a qual caracteriza-se por dor musculoesquelética difusa e crônica. De acordo com os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (CAR), identifica-se essa patologia quando é encontrada no portador uma dor difusa por pelo menos 3 meses, juntamente com a presença de sensibilidade em 11 ou mais dos 18 pontos dolorosos, quando expostos à digito palpação, sendo denominadas tender points. (ARNOLD; MARTIN; SHARMA,2007)

Porém, Valim (2005) entra em contrariedade ao afirmar que a Fibromialgia, apesar de ser caracterizada por alguns autores como uma síndrome que apresenta dor difusa em pontos dolorosos, é possível que ela ocorra de forma difusa apenas, sem que para isto seja necessária a apresentação de pontos dolorosos.

Juntamente com esses dados de sintomas físicos mais comuns descritos, foi possível observar em um estudo realizado por Fietta P (2007) que entre as comorbidades psiquiátricas, a depressão aparece como uma das mais frequentes em fibromiálgicos, chegando a apresentar prevalência de 20%-80%. (BRANT *et al*., 2011)

Prevalência essa que é inferior a todas encontradas em estudos com portadores dessa síndrome dolorosa. (BRAZ *et al*., 2011- BODENHEIMER; HOLMAN; GRUMBACH,2002-BERBER; KUPEK; BERBER, 2005- BUCKHARDT *et al*., 2005). Assim, Carville *et al.* (2008) sugerem que pacientes com Fibromialgia apresentam-se com mais sintomas depressivos que a população geral.

Sendo assim, vê-se necessário a realização de artigos científicos, tanto para a investigação da associação desses fatores com a presente afecção, como também para que ocorra a divulgação desses achados na literatura, para que os próprios profissionais de saúde tenham conhecimento destes e percebam a necessidade de uma intervenção multidisciplinar.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este Analisar, através de uma revisão bibliográfica, se pacientes com Fibromialgia alcançariam maiores êxitos no seu tratamento - caso sua intervenção fosse multidisciplinar – comparado com os demais.

Objetivos específicos

- Verificar se há correlação entre a Fibromialgia e ocupações profissionais;
- Listar as diferentes abordagens para o tratamento da Fibromialgia;

-Verificar qual o motivo de falha no tratamento da Fibromialgia.

Justificativa

A proposta deste artigo deve-se ao fato da Fibromialgia ter um grande índice de indivíduos afetados, e que os mesmos, na sua grande maioria, ainda não obtiverem sucesso no tratamento. Assim, este estudo deseja observar se esta falha no tratamento se dá por não haver uma multidisciplinaridade, em especial no que diz respeito ao fator psicológico.

Pressupostos metodológicos

Identificou-se, por meio de uma pesquisa descritiva de caráter bibliográfica através de um compilado de estudos anteriores, o nível de sucesso no tratamento multidisciplinar de fibromiálgicos quando comparado com aqueles pacientes que utilizavam apenas um único tratamento.

3. DISCUSSÃO

Perfil dos portadores de fibromialgia

A topografia referente aos pacientes portadores dessa síndrome que apresentam os pontos clássicos de dor, foi definida em 1990 por um comitê do Colégio Americano de Reumatologia (ACR). Dentro destes critérios de classificação da Fibromialgia estavam a presença de dor generalizada na história clínica dos pacientes, dor essa que afetaria esqueleto axial e periférico, acima e abaixo da cintura, com duração superior a três meses; e do exame físico com dor à palpação com força aplicada de 4 kg/cm^2 em pelo menos 11 dos seguintes 18 tender points (9 pares): 1- inserção dos músculos suboccipitais na nuca; 2- ligamentos dos processos transversos da quinta à sétima vértebra cervical; 3- borda rostral do trapézio; 4- origem do músculo supraespinhal; 5- junção do músculo peitoral com a articulação costocondral da segunda costela; 6- dois centímetros abaixo do epicôndilo lateral do cotovelo; 7- quadrante súpero-externo da região glútea, abaixo da espinha ilíaca; 8- inserções musculares no trocanter femoral; 9- coxim gorduroso, pouco acima da linha média do joelho. (WOLF, 1990)

Entretanto, os critérios diagnósticos da atualidade não consideram os tender points, e sim, aglomeram os sintomas não relacionados ao aparelho locomotor. Além da dor musculoesquelética, também são avaliadas a gravidade da síndrome e são mais úteis para estabelecer o diagnóstico. (WOLF, 2010)

Essa ocorre muito frequentemente entre mulheres de 30 a 60 anos - existe uma relação de 20 mulheres para cada 01 homem – sendo que sua característica mais importante é a amplificação dolorosa. (CLARK *et al.*, 2001)

Costa *et al*., (2001) vão de acordo ao informar que a síndrome atinge, aproximadamente, oito vezes mais mulheres do que homens, e ainda coloca que esse alto índice propícia um impacto negativo sobre a qualidade de vida e atividades da vida diária dos portadores dessa.

Não existem evidências científicas determinando que a Fibromialgia seja causada pelo trabalho. O que não é impedimento para que se procurem adaptações laborais razoáveis, como a diminuição do tempo de execução das tarefas, entre outras, apesar de ainda não haver definições para as modificações laborais dessa síndrome. (HELFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2012).

Em uma pesquisa realizada com 70 portadores de Fibromialgia a prevalência de depressão encontrada foi alta, aproximadamente em dois terços da amostra. Esta se mostrou associada à queda na qualidade de vida nos seguintes aspectos: condicionamento físico, funcionalidade física, percepção da dor, funcionalidade social, saúde mental, funcionalidade emocional e percepção da saúde em geral. (FIETA; FIETA; MANGANELLI,2007)

Numa outra pesquisa, é possível supor o perfil dos portadores a partir de sua amostra que em um n=63 em um grupo de indivíduos diagnosticados como portadores de Fibromialgia, no grupo teste, denominado como grupo T, há um predomínio do gênero feminino, média de idade de 42,3 ± 4,3 anos, 45% casados, e média de escolaridade de 8 ± 3,5 anos. Foi relatado um tempo médio de dor de 3,2 anos e uma média de dois anos para o diagnóstico clínico da Fibromialgia. (GOLDENBERG; SCHIMID, 2001)

Sintomas e fatores limitantes da fibromialgia

Também foram relatados estados depressivos, ansiedade, sintomas compatíveis com síndrome do pânico, fadiga (em especial pela manhã), déficit de memória, desatenção, obstipação ou diarreia (sintomas compatíveis com síndrome do cólon irritável), distúrbios funcionais da articulação temporomandibular (ATM) secundários ao bruxismo, boca seca, cefaleia tensional ou enxaqueca.

WEIDEBACH (2013) afirma que o perfil psicológico dos pacientes associa-se ao perfeccionismo, à autocrítica severa, à busca obsessiva do detalhe.

Esta síndrome dolorosa de etiopatogenia ainda desconhecida, caracteriza-se por dores musculoesqueléticas em várias regiões do corpo, distúrbios do sono, fadiga, rigidez matinal de curta duração, sensação de edema e parestesias (HELFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA,2012)

Com relação à qualidade de vida, um outro estudo de Martinez (1998) revela que esta é significativamente baixa, apresentando grande limitação funcional nas atividades de vida diária, limitação física relacionada ao trabalho, impacto de aspectos psicológicos (depressão, ansiedade) no bem-estar e maior intensidade de dor.

Um estudo recente realizou uma pesquisa onde a amostragem era de mulheres portadoras de Fibromialgia, as quais haviam procurado atendimento no Programa de Departamento de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A seleção ficou com um n de 114 mulheres, e as mesmas foram entrevistadas e questionadas quanto ao uso de medicação psicotrópica.

O estudo tinha por objetivo primário a investigação entre a história de trauma na infância e a perda de funcionalidade em mulheres adultas com a síndrome.

Para chegar a uma conclusão foram necessários os seguintes materiais: dois questionários, Childhood Trauma Questionnarie – CTQ - em versão abreviada para o português – utilizado para avaliar histórias de violência física contra a criança, abuso sexual, emocional, negligência emocional e física.

O outro questionário é o Questionário de Impacto da Fibromialgia – FIQ- esse trata de 10 questões de auto relato, utilizadas para verificar a funcionalidade dos pacientes.

Também esses foram submetidos a entrevista clínica e por um terceiro instrumento, Mini International Neuropsychiatric Interview – MINI - que é uma entrevista diagnóstica padronizada e estruturada com base no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o qual avalia os principais transtornos psiquiátricos.

Assim, o estudo pode concluir que houve uma prevalência extremamente alta de trauma de infância: 96,5% dos pacientes relataram algum tipo de trauma (incluindo aqueles com uma intensidade leve).

As evidências desse estudo demonstram que o histórico de traumas na infância associa-se à perda da funcionalidade na Fibromialgia, portanto deve ser avaliado como um importante fator para prevê-la. (Filippon *et al*.,2013)

Tratamento fisioterápico e medicamentoso

Na área da fisioterapia têm-se a opção de diversos métodos para amenizar a Síndrome fibromiálgica, alguns deles:

Cinesioterapia: É possível trabalhar com dois grandes objetivos: quando da ocorrência de dor muscular, a cinesioterapia encarrega-se de trabalhar estes com exercícios de alongamentos; o outro também possível é a elaboração de um programa de exercícios aeróbicos para obtenção de melhora das condições cardiovasculares. (KOBAYASHI-GUTIÉRREZ *et al*,2009)

Hidroterapia: Os sintomas da Fibromialgia podem ter um expressivo alívio quando utilizado este recurso, isto porque os movimentos exercidos na água são lentos e proporcionam suporte às estruturas corporais, possibilitando maior mobilidade, e, como conseqüência, maior êxito nos alongamentos. (MARTINS *et al*.,2012)

Eletrotermofototerapia: Tem como vantagem sua baixa incidência de efeitos adversos e contraindicações, se comparadas com as intervenções de fármacos para a redução dos sintomas da Fibromialgia (MARTINEZ,1998).

Porém, é essencial a utilização da terapia farmacológica empregada nos dias de hoje na qual há a possibilidade de diferentes fármacos para o tratamento dessa síndrome, como é o caso dos antidepressivos, moduladores dos canais de cálcio, relaxantes musculares e analgésicos. Apesar da indicação do seu emprego, muitos dos indivíduos afetados pela síndrome possuem resultados não satisfatórios ou apresentam efeitos colaterais associados ao uso de tais fármacos submetidos em longo prazo (RICCI; CAROLINA; DRIUSO, 2010).

Bodenheimer *et al*. (2002) sugerem que programas educacionais têm capacidade de proporcionar uma diminuição do uso de fármacos.

Da mesma forma que a prescrição de fármacos deve conter a dosagem, duração e intervalo - para realização do tratamento farmacológico - no exercício, a prescrição também deve seguir de forma detalhada, com orientações sobre a intensidade inicial do treinamento e como elevar progressivamente a carga. Para que a prescrição individual prossiga de forma adequada, é necessário que se considere as predileções do paciente, co-morbidades, as medicações adotadas, capacidade funcional e, se for possível, avaliação ergométrica (SANTOS *et al.*, 2012).

EM BUSCA DE RESULTADOS MAIS SATISFATÓRIOS

O tratamento que se recomenda aos portadores baseia-se em uma abordagem multidisciplinar, associadas a intervenções no âmbito físico, farmacológico, cognitivo-comportamental e educacional, estes suportes intervencionais dão-se por seu caráter crônico e de múltiplos sintomas da Fibromialgia. (SMYTHE MOLDOFSKY, 1977)

Porém Brandt *et al.* (2011) entram em desacordo ao afirmar que "Não existe um consenso sobre a causa e o tratamento da Fibromialgia. Vivendo essa realidade, o paciente cria sentimentos de vulnerabilidade e desamparo, iniciando uma série de processos emocionais, incluindo a depressão do humor."

Por isso, torna-se importante a realização de trabalhos com esta abordagem, como é o caso do Projeto Diretrizes, no qual foram levantados dados bibliográficos, discutidos em grupo e avaliados segundo a força de evidência científica. Constatou-se que entre 25% a 50% destes portadores apresentavam distúrbios psiquiátricos concomitantes, os quais dificultavam a abordagem e a melhora clínica destes, necessitando muitas vezes de um suporte psicológico profissional. A abordagem cognitivo-comportamental também apresenta efetividade, isto quando combinada com técnicas de relaxamento, ou exercícios aeróbicos, alongamentos e educação familiar. (VALIM; HEYMANN, 2006)

O grau de recomendação D, que, de acordo com o

estudo apresentado, diz respeito à opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais em um nível de evidência IV, indicam a terapia cognitivo-comportamental como uma auxiliar no tratamento da Fibromilgia em alguns pacientes, sendo esta benéfica (WEIDEBACH; WAGNER, 2013 - BRAZ; 2011).

Idem diz que o suporte psicoterápico também pode ser utilizado no tratamento da Fibromialgia, esta possui um grau de recomendação C e um nível de evidência IIb, o que, dependendo das necessidades de cada paciente, este suporte deve ser empregado.

A abordagem multidisciplinar combinada de uma modalidade de tratamentos não farmacológicos e farmacológicos é a estratégia para o tratamento ideal da Fibromialgia. Este tratamento necessita de uma elaboração juntamente com a discussão, a partir do paciente, em conformidade com a intensidade de sua dor, funcionalidade e suas características, tendo um grau de recomendação A, ou seja, os estudos para este tipo de tratamento foram realizados de forma experimental e observacional, e são de melhor consistência (WEIDEBACH; WAGNER, 2013 - COSTA et. al 2005).

4. CONCLUSÃO

Neste estudo foi possível inferir, através da literatura abordada no mesmo, que pacientes fibromiálgicos que recebem um tratamento multidisciplinar teriam resultados mais satisfatórios do que os demais, que optam apenas por um único tipo de terapêutica, em especial aqueles que não buscam tratamento psíquico além do físico – terapias físicas e medicamentosas- não realizando um tratamento multidisciplinar, que segundo a literatura, possui alta efetividade.

Sendo assim, observam-se a necessidade de serem realizados mais estudos, em especial os de tipo pesquisa experimental e quantitativa.

REFERÊNCIAS

[1] ANGST, F., BRIOCHI, R., MAIN CJ, LEHMANN. S, AESCHLIMANN A. Interdisciplinary rehabilitation in fibromyalgia and chronic back pain: a prospective outcome study. J Pain 2006; 7:807-15.

[2] ARNOLD L.M, CROFFORD L.J, MARTIN S.A, YOUNG J.P, SHARMA U. The effect of anxiety and depression on improvements in pain in a randomized, controlled trial of pregabalin for treatment of fibromyalgia. Pain Med. 2007;8(8):633-8.

[3] BATES A, HANSON. N. Aquatic exercise therapy. Philadelphia, PA: W. B. Saunders; 1998.

[4] BERBER, J de S.S.; KUPEK, E.; BERBER, S.C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. Rev. Bras. Reumatol., São Paulo , v. 45, n. 2, Apr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042005000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mar. 2014.

[5] BOYER A.L, MIRA M.A.P, CALATAYUD N.P, LOPEZ-ROIG S, CANTERO M.C.T. Comparing fibromyalgia patients from primary care and rheumatology settings: clinical and psychosocial features. Rheum Int. 2009;29(10):1151-60.

[6] BRANDT, R. *et al* . Perfil de humor de mulheres com fibromialgia. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro , v. 60, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mar. 2014.

[7] BRAZ, A.S *et al* . Uso da terapia não farmacológica, medicina alternativa e complementar na fibromialgia. Rev. Bras. Reumatol., São Paulo , v. 51, n. 3, jun. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042011000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 set. 2013.

[8] BODENHEIMER T, LORING K, HOLMAN H, GRUMBACH K. Patient Self-management of chronic disease in Primary care. JAMA & Archives 2002; 288:2469-75.

[9] BURCKHARDT C.S, GOLDENBERG D, CROFFORD L, GERWIN R, GOWANS S, KUGEL P et al. Guideline for the management of fibromyalgia syndrome pain in adults and children. APS Clinical Practice Guidelines Series, No 4. Glenview, IL:American Pain Society; 2005.

[10] CARVILLE S.F, ARENDT-NIELSEN S, BLIDDAL H, BLOTMAN F, BRANCO JC, BUSKILA D *et al.* EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. Ann Rheum Dis 2008; 67(4):536-41.

[11] CLARK S.R, JONES K.D, BURCKHARDT C.S, BENNETT R. Exercise for patients with fibromyalgia: risks versus benefits. Curr Rheumatol Rep. 2001;3(2):135-46.

[12] COSTA S.R.M.R, PEDREIRA NETO MS, TAVARES-NETO J, KUBIAK I, DOURADO M.S, ARAÚJO A.C, *et al.* Características de pacientes com síndrome da fibromialgia atendidos em Hospital de Salvador-BA, Brasil. Rev Bras Reumatol. 2005;45(2):64-70.

[13] FIETTA P, FIETTA P, MANGANELLI P. Fibromyalgia and psychiatric disorders. Acta Biomed 2007;78(2):88-95.

[14] FILIPPON, A.P , MEZACAZA *et al* . Association between childhood trauma and loss of functionality in adult women with fibromyalgia. Trends Psychiatry Psychother., Porto Alegre , v. 35, n. 1, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892013000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 mar. 2014.

[15] GOLDENBERG D.L, MOSSEY C.J, SCHIMID C.H. A model to assess severity and impact of fibromyalgia. J Rheumatol. 2001;45(1):42-7.

[16] GÜR A. Physical therapy modalities in management of fi bromyalgia. Curr Pharm Des. 2006;12(1):29-35.

[17] HELFENSTEIN JUNIOR, M; GOLDENFUM, M.A; SIENA, C.A F. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 58, n. 3, jun. 2012 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000300018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 mar. 2014.

[18] HEYMANN, R.E *et al.* Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia.Rev. Bras. Reumatol. [online]. 2010, vol.50, n.1 [citado 2013-09-26], pp. 56-66 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042010000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 mar. 2014.

[19] KOBAYASHI-GUTIÉRREZ A, MARTINEZ-BONILLA G, BERNARD-MEDINA AG, TROYO-SANROMAN R, GONZÁLEZ-DÍAZ V, CASTRO-CONTRERAS E, *et al*. Depression and its correlation with in patients pain in the Rheumatology Service of a Mexican teaching hospital. Rheumatol Int. 2009;29(10):1169-75.

[20] MARTINS, M.R.I *et al* . Uso de questionários para avaliar a multidimensionalidade e a qualidade de vida do fibromiálgico. Rev. Bras. Reumatol., São Paulo , v. 52, n. 1, fev. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042012000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2013.

[21] MARTINEZ J.E, BARAÚNA FILHO I.S, KUBOKAWA K, PEDREIRA I.S, MACHADO L.A, CEVASCO G. Análise crítica de parâmetros de qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. Acta Fisiatr 1998;5(2):116-20.

[22] PROVENZA J.R, POLLAK D.F, MARTINEZ J.E, Paiva E.S, HELFENSTEIN M, HEYMANN R, MATOS J.M.C, SOUZA E.J.R . Projeto diretrizes , sociedade brasileira de reumatologia projeto diretrizes associação médica brasileira e conselho federal de medicina. Elaboração final 2 de março de 2004.

[23] RICCI N.A.; DIAS, C.N. K.; DRIUSSO, P. A utilização dos recursos eletrotermofototerapêuticos no tratamento da síndrome da fibromialgia: uma revisão sistemática. Rev. bras. fisioter., São Carlos , v. 14, n. 1, fev. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552010000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2013.

[24] SANTOS, E.B dos *et al* . Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 46, n. 3, June 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 set. 2013.

[25] SMYTHE H.A, MOLDOSKY H. Two contributions to understanding of the "fibrositis" syndrome. Bull Rheum Dis. 1977;28:928-31.

[26] VALIM, V. Benefícios dos exercícios físicos na fibromialgia. Rev. Bras. Reumatol., São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042006000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 set. 2013.

[27] VALIM, V; HEYMANN, R.E. Novo logotipo para fibromialgia. Rev. Bras. Reumatol., São Paulo , v. 46, n. 1, fev. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482500420060001000012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 set. 2013.

[28] WEIDEBACH, WAGNER F.S. Fibromialgia: evidências de um substrato neurofisiológico. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 48, n. 4, Dec. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302002000400028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 set. 2013.

[29] WOLFE F, SMYTHE H.A, YUNUS M.B, BENNETT R.M, BOMBARDIER C, GOLDENBERG D.L *et al.* The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum 1990;33(2):160-72.

[30] WOLFE F, CLAUW D.J, FITZCHARLES M.A, GOLDENBERG D.L, KATZ R.S, MEASE P *et al.* The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care Res. 2010;62:600-10.

SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

BURNOUT SYNDROME AMONG HEALTH PROFESSIONALS: INTEGRATIVE REVIEW

ERICA BIANCHESSI **PEREIRA**[1], RAQUEL PINHEIRO NIEHUES **ANTONIASSI**[2]*

1. Acadêmica do curso de Pós-Graduação *Latu Sensu* em Enfermagem do Trabalho; **2.** Mestre em Psicologia Clínica – Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Docente do Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Ingá.

* Rodovia PR 317, nº 6114, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87035-510

Recebido em 25/06/2014. **Aceito** para publicação em 07/07/2014

RESUMO

Este artigo teve como objetivo revisar integrativamente parte da produção científica nacional de enfermagem que aborda a Síndrome de Burnout e identificar seus aspectos relevantes. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica através dos descritores "Burnout" e "enfermagem" nas bases de dados da Literatura científica e técnica da América Latina e Caribe Lilacs, *Scientific Electronic Library Online* – SciELO, no período de agosto de 2013. Para a triagem utilizou-se seleção de publicações nacionais e com período de publicação entre 2010 e 2013. Selecionou-se 13 publicações de interesse. Identificou-se uma prevalência de estudos publicados entre 2012 e 2013 (10 estudos), e maior proporção de estudos quantitativos (9 estudos) que utilizam em sua maioria o emprego do questionário "Maslach Burnout Inventory" (MBI). Os estudos concentraram-se no campo hospitalar (5 estudos), seguido pelo campo universitário (3 estudos) e pelo campo dos cursos técnicos de enfermagem (2 estudos) e identificou-se uma predominância de estudos que analisaram a equipe de enfermagem (3 estudos), seguidos pelos enfermeiros e os estudantes de graduação de enfermagem (2 estudos respectivamente). As variáveis mais analisadas pelos estudos foram gênero, idade e tempo de formação. Conclui-se que existe a necessidade de maiores pesquisas sobre a Síndrome de Burnout, que incluam o campo da Atenção Básica à Saúde e a metodologia qualitativa, pouco evidenciados neste estudo.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, enfermagem do trabalho, saúde do trabalhador, Burnout.

ABSTRACT

This article aims to review part of the national scientific production of nursing that addresses the Burnout Syndrome and identify relevant aspects. We performed a literature search using the descriptors "Burnout" and "nursing" technical bases of Latin America and the Caribbean Lilacs, Scientific Electronic Library Online scientific data and literature - SciELO, from August 2013. For screening was used selection of national publications and publishing period between 2010 and 2013. We selected 13 publications of interest. Identified a prevalence of studies published between 2012 and 2013 (10 studies)and a higher proportion of quantitative studies (9 studies) using mostly the use of the questionnaire "Maslach Burnout Inventor"(MBI). The studies concentrated in hospitals (5 studies), followed by the university campus (3 studies) and the field of technical courses in nursing (2 studies) and identified a predominance of studies that analyzed the nursing staff (3 studies), followed by nurses and graduate students in nursing (2 studies respectively). The variables most studies were analyzed by gender, age and length of training. Conclude that there is a need for further research on the burnout syndrome, which include the field of Primary Health Care and qualitative methodology, little evidence in this study.

KEYWORDS: Nursing, occupational nursing, occupational health and burnout.

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome de Burnout é resultado de um estresse crônico, decorrente do cotidiano do trabalho, especialmente na existência de sobrecarga, pressão, conflitos, poucas recompensas emocionais e reconhecimento (MASLACH, SCHAUFELLI, LEITER, 2001). Um dos principais aspectos da sua ocorrência é a falta do senso de grupo nas organizações, falta de humanização nas interações interpessoais, presença constante de conflitos, falta de suporte, grupos fechados e dificuldades no trabalho em equipe (MASLACH, LEITER, 2008).

De acordo com o Cadastro Internacional de Doenças (CID 10) a síndrome de Burnout é reconhecida como um estresse ocupacional e pela Lei 3038/99 como síndrome de esgotamento profissional e considerada como doença de trabalho (COHEN, 2013).

Autores como Rios (2008) relatam que esta síndrome quando acomete os profissionais da área da saúde tem apresentado interesse da comunidade cientifica devido as graves consequências que podem produzir na qualidade dos cuidados prestados aos doentes, uma vez que estes

trabalhadores estão particularmente susceptíveis ao sofrimento psíquico e ao adoecimento pelo trabalho.

Na Europa estudos epidemiológicos demonstram que o acometimento de pessoas com a síndrome de Burnout é preocupante uma vez que o risco psicossocial é um problema de saúde pública (GIL MONTE, 2005).

Em uma pesquisa realizada no norte de Portugal com o objetivo de comparar a prevalência e os níveis de Burnout entre profissionais de saúde portugueses (164) entre eles 98 enfermeiros e 66 médicos, os dados evidenciaram que houve diferenças significativas entre estes profissionais, porém as enfermeiras apresentaram uma prevalência mais elevada da síndrome de Burnout e maior exaustão emocional e despersonalização do que os médicos (DIAS, 2012).

A Síndrome de Burnout afeta principalmente profissionais da área de serviços ou cuidadores que estão em contato direto e permanente com os usuários, como os trabalhadores da saúde e da educação (BRASIL, 2001). Em especial, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem são identificados como profissionais de maior incidência desta síndrome, uma vez que mantêm contato direto com pacientes e familiares, sendo expostos constantemente a situações estressantes como a morte. Ainda, algumas questões como a indefinição do papel profissional, a sobrecarga de trabalho, a pequena autonomia e autoridade na tomada de decisões contribuem para o desenvolvimento da doença (MOREIRA *et al*, 2012). Destaca-se que estas situações estão frequentemente presentes no contexto da Enfermagem.

A Síndrome de Burnout também pode ser identificada em estudantes de nível médio (cursos técnicos) e superior, nos quais os estudos focam-se na interação com seres humanos, como por exemplo, a Enfermagem. Segundo Borges e Carlotto (2012), o Burnout em estudantes possui três dimensões: exaustão emocional, caracterizada pelo sentimento de estar exausto em virtude das exigências do estudo; descrença, entendida como o desenvolvimento de uma atitude cínica e distanciada com relação ao estudo; e ineficácia profissional, caracterizada pela percepção de estarem sendo incompetentes como estudantes.

Diante do exposto, e da importância do tema para os profissionais da área da saúde e dos fatores associados no acometimento desta síndrome no contexto do trabalho, é necessário o conhecimento da produção cientifica sobre a síndrome de Burnout entre os profissionais da área da saúde a fim de minimizar os efeitos e a dificuldade de tratamento e condução na qualidade de vida destes profissionais.

Assim, entende-se que estudar a Síndrome de Burnout entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem permite compreender e elucidar alguns problemas, tais como a insatisfação profissional, a produtividade do trabalho, o absenteísmo, os acidentes de trabalho e algumas doenças ocupacionais, além de permitir a busca de intervenções e soluções (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2012).

Como estudantes de Pós-Graduação Lato-Sensu em Enfermagem do Trabalho, percebemos no decorrer do curso que as temáticas relacionadas à saúde mental dos profissionais de Enfermagem foram pouco discutidas, pois o foco deu-se nas doenças relacionadas aos riscos físicos e biológicos, como os acidentes com pérfuro-cortantes e as lesões corporais por esforço. Somado a isto, surgiu a necessidade de elaborar um estudo de conclusão de curso nesta área. Vimos este momento como uma oportunidade para aprofundar nossos conhecimentos sobre as particularidades da saúde mental no profissional de enfermagem.

A partir disto, iniciamos a leitura de diversos estudos na área de saúde mental, buscando identificar questões pertinentes à atuação da equipe de Enfermagem. Notamos que no Brasil a Síndrome de Burnout ainda é pouco estudada pelos pesquisadores, embora já se conheça sua relevância no trabalho dos profissionais de Enfermagem. Com isso, surgiu a necessidade de aprofundar a leitura em torno destas produções, buscando entender como a Síndrome de Burnout tem se revelado nas pesquisas de enfermagem. Assim definiu-se como objetivo: revisar parte da produção científica nacional de enfermagem que aborda a Síndrome de Burnout e identificar seus aspectos relevantes.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este Para proceder a análise da produção cientifica sobre a síndrome de Burnout entre os profissionais da área da saúde optou-se por uma metodologia de estudo baseada na revisão integrativa (RI), que tem a finalidade de agrupar e integrar os estudos referentes a um determinado assunto. A revisão integrativa é um método que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade dos resultados a uma determinada prática (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

Para a realização da pesquisa optou em seguir os passos da RI proposto por Silveira & Galvão (2005) que foram: identificação do tema, amostragem ou busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e a síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da revisão integrativa.

Ao seguir estes passos tomou-se como norte de estudo o questionamento: os profissionais da área da saúde são mais acometidos pela síndrome de Burnout? No intuito de responder tal pergunta, foi realizado um levantamento dos artigos disponíveis através de revisão bibliográfica ou revisão de literatura, que segundo Trentini e Paim (1999, p.24), é definida como uma fonte de informação para as pesquisas bibliográficas. Estas pesquisas incluem estudos que “propõem a construção de teorias e

marcos conceituais pelo método dedutivo, estudos conduzidos para traçar uma imagem do saber produzido ou os vazios em determinados fenômenos".

Foi realizada a pesquisa bibliográfica em publicações nacionais que abordam a Síndrome de Burnout na área da Enfermagem, sendo realizada através dos descritores "Burnout" e "enfermagem" nas bases de dados da Literatura científica e técnica da América Latina e *Caribe Lilacs, Scientific Electronic Library Online* – SciELO, no período de agosto de 2013.

Para a triagem utilizou-se inicialmente a seleção de publicações nacionais, através da seleção do idioma "português", e com período de publicação entre 2010 e 2013. Posteriormente, analisaram-se os títulos e os resumos, selecionando os de interesse ao objeto pesquisado, ou seja, os que traziam a discussão sobre a Síndrome de Burnoutnos profissionais de enfermagem.

Utilizaram-se como critérios de exclusão de artigos que não referiam em seu resumo a investigação em torno da Síndrome de Burnout nos profissionais de enfermagem. É importante enfatizar que apesar de ter sido utilizado o descritor "Burnout" diversas produções trouxeram assuntos referentes ao estresse, sendo por isso vetadas pelos critérios de exclusão.

A pesquisa realizada na *Scientific Electronic Library Online* – SciELO revelou 48 estudos, dos quais 08 eram duplicados. Assim, dos 40 estudos identificados selecionou-se 09 de interesse ao objeto pesquisado. Na Lilacs encontrou-se 07 estudos, selecionando-se 02 dissertações e 02 teses. Assim, a pesquisa revelou um total de 13 publicações de interesse.

Para a análise dos dados foram extraídas as informações de forma descritiva e analisadas de acordo com a literatura existente.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Síndrome de Burnout pode ser definida como uma das consequências mais marcantes do estresse profissional, sendo caracterizada como uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto, excessivo e estressante com o trabalho. Essa doença faz com que a pessoa diminua o interesse pelo trabalho, de forma que as relações e os acontecimentos deixem de ter importância e qualquer esforço pessoal pareça inútil (BALLONE, 2008).

Ainda que pouco conhecida e explorada, diversos estudiosos defendem que Burnout refere-se exclusivamente a uma síndrome relacionada à exaustão emocional, à despersonalização e à diminuição da realização pessoal.

Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) colocam que a exaustão emocional caracteriza-se por fadiga intensa e sensação de estar sendo exigido pelo trabalho além de seus limites emocionais; a despersonalização é marcada pelo distanciamento emocional e indiferença em relação ao trabalho ou aos usuários do serviço; e a diminuição da realização pessoal é evidenciada pela ausência de perspectivas futuras, frustração e sentimentos de incompetência e fracasso.

O Burnout pode ser avaliado através do questionário "Maslach Burnout Inventor" (MBI), de Maslach e Jackson, o qual é um dos instrumentos auto-aplicáveis mais utilizados em todo o mundo e que avalia o desgaste profissional. De acordo com Pereira (2002), a versão atual é formada por 22 itens, sendo que destes, 9 são relativos à dimensão exaustão emocional (EE), 5 à despersonalização (DE) e 8 à realização profissional (RP).

Considera-se com Burnout uma pessoa que apresente altas pontuações em EE e DE, associadas a baixos valores em RP. Existem três versões do MBI, a HSS – Human Services Survey, que avalia o Burnout em profissionais de serviços humanos (médicos, enfermeiros, psicólogos e outros), a ED – Educators Survey, para os educadores (professores); e a GS – General Survey, selecionado para todos os trabalhadores, em geral. Os estudantes de graduação e técnico da área da saúde são classificados no HSS (PEREIRA, 2002).

Murofuse, Abranches e Napoleão (2011) indicam que a Síndrome de Burnout constitui-se em um dos grandes problemas psicossociais atuais, despertando o interesse e a preocupação das entidades governamentais, empresariais e sindicais norte-americanas e europeias, devido à severidade de suas consequências, tanto em nível individual como organizacional. O sofrimento do indivíduo traz consequências tanto para sua saúde quanto para seu desempenho profissional, pois passam a existir alterações e ou disfunções pessoais e organizacionais, com repercussões econômicas e sociais. Ainda, para estes autores, a enfermagem, como prática social, não ficou isenta às transformações introduzidas no mundo do trabalho.

Neste trabalho os estudos selecionados na revisão bibliográfica foram classificados e discutidos conforme os seguintes critérios: ano de publicação do estudo, tipo de metodologia, campo de pesquisa, ocupação, dados sociais e laborais dos sujeitos. Concomitantemente, foi realizada uma síntese e discussão quanto aos principais resultados obtidos por estes estudos.

A primeira evidência identificada foi em relação ao ano de publicação dos estudos. Identificou-se uma prevalência de estudos publicados entre 2012 e 2013 (10 estudos), sendo que nos anos entre 2010 e 2011 houve poucas publicações (03 estudos). Isto revela que a Síndrome de Burnout tomou maior espaço nas produções científicas nacionais recentemente, sendo assim, justifica-se o reduzido número de pesquisas sobre a temática no decorrer dos últimos 03 anos.

Classificaram-se os estudos quanto ao tipo de metodologia, a fim de identificar a prevalência de utilização de métodos qualitativos ou quantitativos nas pesquisas sobre Síndrome de Burnout. Com isso, elaborou-se a

Tabela 1 com a distribuição das pesquisas qualitativas e quantitativas, assim como o instrumento empregado.

Tabela 1 - Distribuição por tipo de metodologia

Metodologia	Instrumento	Ocorrência
Qualitativa	Entrevista Observação participante e questionário Revisão Bibliográfica	1 1 2
Quantitativa	MBI MBI e questionário elaborado pelos autores Revisão integrativa Questionário	6 1 1 1
Total		**13**

A maior proporção de estudos quantitativos (9 estudos) deve-se ao emprego do questionário MBI, internacionalmente utilizado para avaliação da Síndrome de Burnout. Reconhece-se a importância da pesquisa quantitativa, uma vez que ela proporciona precisão na coleta e análise de dados. Entretanto, destaca-se que através da pesquisa qualitativa é possível entender a subjetividade presente nos resultados, questão revelante para a compreensão dos fatores geradores e de enfrentamento do Burnout. Segundo Molina (2003), a pesquisa qualitativa tem como finalidade conhecer mais profundamente os aspectos subjetivos, como visões, opiniões, atitudes, conhecimento e práticas do grupo estudado, grupo este que também deve ser representativo da população que se deseja investigar.

Identificaram-se dois estudos de revisão bibliográfica (LAUTERT, 2010; MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2011) e um estudo de revisão integrativa (CAMPOS, 2012), os quais contribuíram com a reflexão deste ensaio no sentido de abarcarem a conceitualização e contextualização da Síndrome de Burnout. No entanto, para caracterização do campo de pesquisa, ocupação, dados sociais e laborais dos sujeitos foi necessário excluir estes três estudos, uma vez que não possuem sujeitos de pesquisa. Assim, nas classificações seguintes foram utilizados 10 dos 13 estudos selecionados.

A caracterização dos estudos a partir do campo de pesquisa revelou maior concentração no campo hospitalar (5 estudos), seguido pelo campo universitário (3 estudos) e pelo campo dos cursos técnicos de enfermagem (2 estudos). Destaca-se que não houve pesquisas na área da Atenção Básica à Saúde, a qual abrange desde programas de promoção da saúde e prevenção das doenças até estratégias de grande impacto, como a saúde da família.

Considerando o elevado contingente de profissionais que atuam neste nível de atenção e as particularidades deste trabalho, como a atuação em comunidades vulneráveis, torna-se preocupante a negligência para com estes profissionais.

No que se refere a ocupação dos sujeitos pesquisados, identificou-se uma predominância de estudos que analisam a equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), seguido por enfermeiros e estudantes de graduação de enfermagem. Com menor prevalência identificou-se os docentes de graduação de enfermagem, docentes e estudantes de técnico de enfermagem, como exposto na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição por ocupação

Ocupação	Ocorrência
Estudantes de técnico de enfermagem	1
Estudantes de graduação de enfermagem	2
Docente de técnico de enfermagem	1
Docente de graduação de enfermagem	1
Auxiliar de enfermagem	0
Técnico de Enfermagem	0
Enfermeiro	2
Enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem	3
Total	**10**

Destaca-se a questão de três pesquisas (MATHEUS; CHAVES; BIANCHI, 2010; BORGES; CARLOTTO, 2012; BARBOZA; INHAUSER; BERESIN, 2013) estarem voltando seu foco para estudantes, o que é considerado fato recente nos estudos sobre a Síndrome de Burnout. Além disso, chama atenção a não realização de estudos com os profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem exclusivamente.

A seguir, analisaram-se as variáveis sociais dos sujeitos quanto ao fato de terem sido “Avaliadas” ou “Não avaliadas” pelas pesquisas. Com isso, foi elaborada a Tabela 3 com a distribuição de gênero, idade, estado civil e número de filhos dos sujeitos pesquisados. A partir da distribuição destes dados, foi identificado que os estudos possivelmente consideram as variáveis gênero e idade como as mais relevantes na avaliação da Síndrome de Burnout, pois houve ocorrência em 10 e 9 estudos, respectivamente.

Tabela 3 – Distribuição percentual dos dados sociais dos sujeitos pesquisados

Variáveis	Avaliação	Ocorrência
Gênero	Avaliada Não avaliada	10 0
Idade	Avaliada Não avaliada	9 1
Estado civil	Avaliada Não avaliada	8 2
Número de filhos	Avaliada Não avaliado	5 5
Total		**10**

Foi observada uma maior apresentação de mulheres nos estudos, o que pode ser explicado pela própria composição feminina na profissão. Entretanto, como as amostras foram formadas predominantemente pelo sexo feminino, o processo de Burnout influenciado pelo gênero pode estar "mascarado" (JODAS; HADDAD, 2012).

Analisando a faixa etária, os estudos relacionam que quanto mais idade a pessoa possuir, menos risco para a manifestação de Burnout, alegando o fato de o indivíduo ser realizado profissionalmente e ter maturidade adquirida pela experiência e qualidade no trabalho (JODAS; HADDAD, 2012; MOREIRA *et al*, 2012; LAUTERT, 2010a).

De acordo com Jodas e Haddad (2012) no que se refere ao estado civil, os solteiros apresentam uma predominância ao Burnout. Porém, outros estudos atribuem o fato de ser casado ou com companheiro estável apresentarem mais exaustão no trabalho (MOREIRA *et al*, 2012; LAUTERT, 2010a).

Maslach (2009), importante pesquisadora da Síndrome de Burnout, afirma parte destas constatações, pois refere serem os jovens e os solteiros os mais afetados pela Síndrome de Burnout. Em relação ao gênero, a autora destaca que as mulheres possuem uma pontuação ligeiramente superior em exaustão emocional.

Porém, enfatiza a necessidade de aprofundar as pesquisas em relação a este fato, uma vez que ainda existem muitas divergências. Ainda, foi elaborada a Tabela 4 com a distribuição das variáveis laborais dos sujeitos pesquisados, que incluiu tempo de profissão, turno e jornada de trabalho. Chama atenção que as variáveis turno e jornada de trabalho foram pouco analisadas nestes estudos, mesmo sendo consideradas fatores de análise importantes para a Síndrome de Burnout.

Tabela 4 – Distribuição percentual dos dados laborais dos sujeitos pesquisados

Variáveis	Avaliação	Ocorrência
Tempo de Formação	Avaliada Não avaliada Não aplicável	5 2 3
Turno de trabalho	Avaliada Não avaliada Não aplicável	2 5 3
Jornada de trabalho	Avaliada Não avaliada Não aplicável	2 5 3
Total		**10**

No que se refere a situação laboral, Maslach (2009) destaca alguns fatores presentes no ambiente de trabalho que influenciam no desenvolvimento e no enfrentamento da Síndrome de Burnout. São eles: sobrecarga no trabalho, ausência de controle, recompensas insuficientes, conflitos interpessoais, ausência de lealdade e conflitos de valor. Neste sentido, afirma-se a importância de avaliar os fatores laborais para um entendimento profundo da Síndrome de Burnout.

É relevante enfatizar que somente um estudo divulgou a classificação e distribuição dos dados dos sujeitos considerados afetados ou em risco para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout. Este revelou que a maioria são mulheres, entre 26 e 35 anos, casadas, sem filhos, técnicas de enfermagem e que atuam a mais de 5 anos na profissão e em setores fechados, como Centro de Terapia Intensiva (MOREIRA *et al*, 2012).

Demais estudos apenas relataram o percentual de sujeitos afetados ou em risco para a Síndrome de Burnout. Jodas e Haddad (2012) constataram que dos 61 funcionários pesquisados, 8,2% (uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e duas auxiliares de enfermagem) apresentaram sinais e sintomas de Burnout, assim como 54,1% possuíam alto risco para manifestação de Burnout. O estudo de Ebisui (2012) revelou que 3,1% dos participantes apresentavam Síndrome de Burnout 15,3% estavam em alto risco para o desenvolvimento da síndrome. Já a pesquisa de Grazziano (2011) identificou entre a amostra níveis baixos e moderados para a Síndrome de Burnout.

Os estudos que analisaram estudantes não identificaram sujeitos com ou em risco para a Síndrome de Burnout (BORGES; CARLOTTO, 2012; BARBOZA; INHAUSER; BERESIN, 2013), apenas identificaram associações entre elevados índices de dimensão com variáveis escolares. Um dos estudos evidenciou associação entre a dimensão de exaustão emocional e a variável "não realizar estágio" (BORGES; CARLOTTO, 2012).

Além disso, é relevante mencionar que um dos estudos destacou a diferença entre estresse e Burnout, uma vez que ambas as terminologias estão próximas no que se refere aos sintomas e respostas do indivíduo. Colocam que o Burnout trata-se de uma resposta ao estresse laboral crônico, porém não deve ser confundido com estresse (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2013).

Esta colocação vai ao encontro do exposto no livro "Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde", do Ministério da Saúde, que traz a diferenciação entre Síndrome de Burnout e estresse. Refere que no Burnout especificamente, estão envolvidas "atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, aos clientes, à organização e ao trabalho, sendo uma experiência subjetiva que acarreta prejuízos práticos e emocionais para o trabalhador e a organização". Já no estresse, as atitudes e condutas negativas não estão diretamente relacionadas ao trabalho, pois podem envolver a vida pessoal do indivíduo (BRASIL, 2001, p. 191-2). É interessante frisar esta diferenciação entre estresse e Burnout, pois durante o levantamento das bibli-

ografias deste estudo encontrou-se diversas publicações referentes ao estresse mesmo sendo utilizado na busca o descritor “Burnout”.

Por fim, Moreira *et al.* (2012) relatam a dificuldade encontrada para comparar seus resultados com demais estudos brasileiros, uma vez que a maioria das pesquisas sobre Burnout são norte-americanas. Esta colocação, somada às reduzidas publicações encontradas para a realização deste ensaio, revela que o Brasil possui um déficit científico em relação a Síndrome de Burnout. Entretanto, como demonstrado na Tabela 1, a proporção de estudos nesta área tem se elevado nos últimos anos, o que é motivador.

4. CONCLUSÃO

Ao revisar parte da produção científica nacional referente a Síndrome de Burnout na área da Enfermagem foi possível compreender mais profundamente os fatores envolvidos nesta doença, como os condicionantes sociais e laborais. Ainda, este estudo possibilitou identificar o foco das pesquisas relacionadas ao Burnout, uma vez analisou-se o tipo de metodologia e o sujeito de estudo das pesquisas.

Neste momento considera-se relevante destacar o déficit de estudos sobre Síndrome de Burnout no campo da Atenção Básica à Saúde, pois os estudos se pautaram nos campos hospitalar e escolar. É importante lembrar que os profissionais atuantes na Atenção Básica à Saúde também estão sujeitos aos fatores desencadeadores da Síndrome de Burnout.

Por fim, enfatiza-se a necessidade de uma maior produção científica sobre a Síndrome de Burnout, uma vez que esta revisão bibliográfica revelou uma pequena proporção de estudos nesta temática. Além disso, acredita-se que o desenvolvimento de maiores pesquisas qualitativas proporcionará olhares mais aprofundados e compreensivos a respeito da Síndrome de Burnout.

REFERÊNCIAS

[1] BALLONE, G. J.; MOURA, E. C. Síndrome de Burnout. 2008. Disponível em: <www.psiqweb.med.br> Acesso em: 04 set. 2013.

[2] BARBOZA, J.; INHAUSER, R. A.; BERESIN, R. A síndrome de burnout em graduandos de enfermagem. Einstein, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 225-230, 2013.

[3] BORGES, A. M. B.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout e fatores de estresse em estudantes de um curso técnico de enfermagem. Aletheia, Canoas, n. 19, jun. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942004000100005&lng=pt&nrm=>Acesso em: 14 ago. 2013.

[4] BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF, 2001.

[5] CAMPOS, R. G. Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica. Ribeirão Preto, 2012. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11052005-112045/ Acesso em: 05 set. 2013.

[6] COHEN, J.; SILVA, J. O.; MARUQES, L. A. Q. Síndrome de Burnout em Profissionais de Enfermagem na Cidade de Manaus. Sau. & Tranf. Soc. Florianópolis, v.4, n.1, p. 31-38, 2013.

[7] DIAS, S. Síndrome de burnout: um estudo comparativo entre enfermeiros e médicos portugueses. Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul 12(2) | Ago/Dez | 35-41.2012

[8] EBISUI, C. T. N. Trabalho docente do enfermeiro e a Síndrome de Burnout: desafios e perspectivas. Ribeirão Preto, 2012. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-12012009-155856/> Acesso em: 25 ago. 2013.

[9] GIL MONTE, P. R. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermidad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide, 2005.

[10] GRAZZIANO, E. S. Estratégia para redução do stress e burnout entre enfermeiros hospitalares. São Paulo, 2008. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2011. Disponível em: http://www.teses.usp.br/ teses/disponiveis/7/7139/tde-14052009-101907/ Acesso em: 25 ago. 2013.

[11] JODAS, D. A.; HADDAD, M. C. L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 192-7, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a12v22n2.pdf> Acesso em: 11 ago. 2013.

[12] LAUTERT, L. O desgaste profissional: estudo impírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 133-44, jul. 2010a.

[13] LAUTERT, L. O desgaste profissional: uma revisão da literatura e implicações para a enfermeira. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.18, n.2, p. 83-93, jul. 2010.

[14] MASLACH, C. Comprendiendo el Burnout. Ciencia e Trabajo, ano 11, n. 32, p. 37-43, abri/jun. 2009.

[15] MASLACH, C. In Schmidt, C. R.C. Qualidade de vida no trabalho e Burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm, Brasília 2013 jan-fev.

[16] MASLACH, C.; SCHAUFELI, W.B.; LEITER, M. P. Job burnout. Annu Rev Psychol, v. 52, p. 397-422, 2001.

[17] MASLACH, C; LEITER, M. P.; Early Predictors of Job Burnout and Engagement. J Appl Psychol. 2008.

[18] MATHEUS, M. C. C.; CHAVES, E. C.; BIANCHI, E. R. F. A relação professora-aluna e os mecanismos de stress, coping e burnout nas primeiras experiências práticas. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 51-58, set./dez. 2010. Disponível em: <http://www.unifesp.br/denf/acta/1999/12_3/pdf/art6.pdf > Acesso em: 02 set. 2013.

[19] MOLINA, A.; DIAS, E.; MOLINA, A. E. A. L. Iniciação em pesquisa científica. Recife: EDUPE, 2003.
[20] MOREIRA, D. S. et al. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/14.pdf> Acesso em: 11 ago. 2013.
[21] MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, mar./abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200019 Acesso em: 23 ago. 2013.
[22] PEREIRA, A. M. T. B. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In: PEREIRA, A. M. T. B (org.). Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
[23] SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências. Acta Paul Enferm. 2005.
[24] SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010.
[25] TRENTINI, M.; PAIM, L. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Ed. UFSC, 1999.

TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL: ASPECTOS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM RELEVANTES À AUDITORIA DE SERVIÇO

ENTERAL NUTRITION THERAPY: RELEVANT ASPECTS OF NURSING CARE TO SERVICE AUDIT

MIRIAM CRISTINA MARQUES DA SILVA DE **PAIVA**[1*], CARMEN MARIA CASQUEL MONTI **JULIANI**[2], SILVANA ANDREA MOLINA **LIMA**[2]

1. Enfermeira, Profa. Doutora, Departamento de Enfermagem – FMB/UNESP; **2.** Professora Doutora, Departamento de Enfermagem – FMB/UNESP.

* Departamento de Enfermagem – Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, Botucatu, São Paulo, Brasil. CEP: 18618-97. miriampaiva@fmb.unesp.br

Recebido em 05/2014. **Aceito** para publicação em 08/2014

RESUMO

O envelhecimento da população, aumento da gravidade dos pacientes, atraso na indicação e falhas na implantação da terapia nutricional, comprometem o estado nutricional dos pacientes hospitalizados. A Terapia Nutricional Enteral é praticada frequentemente como estratégia para prevenir/tratar desnutrição. Tomada por terapia simples, apresenta vulnerabilidades devido às diversas etapas. Objetivo: destacar na legislação e publicações resultantes de consensos, os principais aspectos de enfermagem na Terapia Nutricional Enteral aplicáveis aos serviços e passíveis de auditoria. Resultados: Foram abordados temas das dimensões "gerenciar" e "cuidar". Observou-se divergência quanto ao nível de controle da glicemia e a questão do resíduo gástrico precisa ser mais bem resolvida. Ressaltam-se a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem, na organização do trabalho, e do Processo de Enfermagem, orientando o cuidado e a documentação da prática, valiosos ao processo de auditoria. Reflexões: Enfatiza-se como critério de qualidade, que a prática deve ser validada cientificamente, baseada em conhecimento fundamentado. Como são poucos os estudos científicos de qualidade reconhecida, são úteis os consensos. No entanto, devemos ser criteriosos na adesão, pois organizações são passíveis de influências políticas e da indústria, podendo apresentar distorções nas publicações, ocasionando custos elevados à instituição.

PALAVRAS-CHAVE: Nutrição enteral, enfermagem, auditoria.

ABSTRACT

The aging population, increased severity of patients, delayed prescribing and failures in the implementation of nutritional therapy, compromise nutritional status of hospitalized patients. The Enteral Nutrition Therapy is a frequent practice as a strategy for preventing/treating malnutrition. Taken by simple therapy has several vulnerabilities in the process. Objective: To highlight the legislation and publications resulting from consensus, the main aspects of nursing in Enteral Nutrition Therapy applicable in services and auditable. Results: Among the aspects of the process of nursing work in TNE dimensions were addressed themes of "managing" and "caring". There was disagreement on the level of glycemic control and the question of gastric residue needs to be better resolved. We stress the importance of Systematization of Nursing Care, the organization of work, and the Nursing Process by directing the care and documentation, the audit process valuable practice. Considerations: It's emphasized as a quality criterion, that practice must be validated scientifically, based on reasoned knowledge. As there are few scientific studies of recognized quality, consensuses are useful. However, we must be judicious to support them because organizations are subject to political influences and industry publications may be distorted, resulting in high costs to the institution.

KEYWORDS: Enteral nutrition, nursing, audit.

1. INTRODUÇÃO

A desnutrição e a Terapia Nutricional Enteral em pacientes hospitalizados

A alta frequência de desnutrição em pacientes hospitalizados é fato descrito em trabalhos científicos no Brasil e no mundo há mais de uma década (CORKINS, GUENTER *et al.*, 2013). Realizado em 1996, o Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI) apontou que a desnutrição está presente não só no momento da internação, mas que progride na medida em que o paciente permanece internado (WAITZBERG, CAIAFFA *et al.*, 2001; CORREIA e WAITZBERG, 2003; BARKER, GOUT *et al.*, 2011).

A desnutrição tem sérias implicações na recuperação de doenças, traumas e cirurgias e geralmente é associada

ao aumento da mortalidade e morbidade em doenças agudas e crônicas. Estudo sobre o impacto da desnutrição no prognóstico dos pacientes detectou que na presença da desnutrição a permanência no hospital é significativamente mais longa e o custo do tratamento mais alto (CORREIA e WAITZBERG, 2003; NORMAN, PICHARD *et al.*, 2008). O reconhecimento do estado nutricional como importante fator de risco na recuperação dos pacientes tem estimulado contínuo desenvolvimento de tecnologias leve, dura e leve-dura (MERHY, 1998) que envolvem alternativas para minimização da desnutrição hospitalar, bem como para sua prevenção (LEE, CHOI *et al.*, 2013). No entanto, em detrimento dos esforços empreendidos, estudos recentes detectam pacientes desnutridos e revelam a desnutrição como evento ainda frequente e em elevação (MATOS, TEIXEIRA *et al.*, 2007; CORKINS, GUENTER *et al.*, 2013).

O aumento da ocorrência de pacientes hospitalizados com desnutrição pode dever-se a vários fatores, como o envelhecimento da população e o aumento da gravidade dos pacientes (CORKINS, GUENTER *et al.*, 2013). Fatores organizacionais como falhas na implantação da terapia nutricional e atraso em sua indicação, adicionalmente, comprometem o estado nutricional (CASAER e VAN DEN BERGHE, 2014).

A identificação dos pacientes em risco para desnutrição é indispensável para que medidas sejam tomadas no sentido de iniciar o suporte nutricional e evitar a progressão ou instalação deste estado nutricional durante a hospitalização. A triagem nutricional é o primeiro passo no processo de avaliação nutricional e todos os pacientes devem ser rastreados no ato da internação ou nas primeiras 24 horas de internação. A avaliação pode ser realizada pela Enfermeira, dentro do processo de enfermagem, utilizando breve questionamento sobre história de perda de peso nos últimos meses e verificação de peso e estatura (MCCLAVE, KOZAR *et al.*, 2013). A partir desta avaliação outros profissionais da equipe multiprofissional podem ser acionados para avaliação e acompanhamento dentro das áreas de domínio de conhecimentos envolvidos.

Destinada a promover a manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente, a Terapia Nutricional Enteral (TNE) tem sido prática presente como estratégia para prevenir ou tratar a desnutrição de pacientes hospitalizados, com doenças crônicas e em estados críticos (SCHNEIDER, MOMMA *et al.*, 2007; NESPOLI, COPPOLA *et al.*, 2012; FRIESECKE, SCHWABE *et al.*, 2014). A TNE pode ser indicada sempre que houver tubo digestório funcionante, com capacidade de absorção, e quando houver contra-indicação ou impedimento da utilização da via oral (CUPPARI, 2002). Quando comparada à nutrição parenteral, a TNE apresenta as vantagens de relacionar-se à menor incidência de quadros infecciosos, proporcionarem menores riscos para estabelecimento de via de acesso e menor custo (MOORE, FELICIANO *et al.*, 1992; ALVES, CHIESA *et al.*, 1999; MAZUSKI, 2008).

A utilização da TNE não é isenta de riscos. O paciente está sujeito ao risco de complicações gastrointestinais, mecânicas, metabólicas, respiratórias, infecciosas e psicológicas que podem prejudicar o alcance das metas de tratamento ou prevenção da desnutrição (MATSUBA, 2003). Deste modo, inicialmente tomada por terapia simples, a nutrição enteral (NE) torna-se complexa, em parte devido às vulnerabilidades das diversas etapas pelas quais se constitui: indicação e prescrição médica, prescrição dietética, preparação, conservação e armazenamento, transporte, administração, controle clínico laboratorial e avaliação final (RDC n°63, 2000). Ao buscar promover segurança e maior qualidade na assistência ao paciente em TNE, com vistas a melhores respostas clínicas e redução de custos, verifica-se que a existência de fragilidades no processo, complicações e resultados adversos representa amplo campo de atuação para equipes multiprofissionais.

No Brasil, as Unidades Hospitalares (UH) que realizam procedimentos de TNE devem constituir equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN) para a execução, supervisão e avaliação permanentes de todas as etapas da terapia nutricional (TN) (RDC n° 63, 2000). A enfermagem atua na assistência ao paciente desde sua entrada até a alta, ou seja, em toda a extensão de sua permanência no hospital, participando das várias etapas da TNE. Especificamente, o Conselho Federal de Enfermagem divulga, no início de 2014, Resolução que estabelece a TN competência do Enfermeiro por envolver cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exigem conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas (NT - COFEN nº 0453/2014 2014). Ao verificar as competências elencadas pela resolução do COFEN, observa-se que se relacionam às dimensões “cuidar” e “gerenciar”, presentes no processo de trabalho do enfermeiro (PERES e CIAMPONE, 2006; ROS, MCNEILL *et al.*, 2009). Além disso, no âmbito da legislação nacional a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) divulgou, em 1999, a Resolução da Diretoria Colegiada 63 (RDC 63) que designa o enfermeiro como responsável pela conservação após o recebimento da NE e pela sua administração. Esse documento enfatiza que a administração da NE deve ser executada de forma a garantir ao paciente terapia segura e com máxima eficácia, em relação aos custos, utilizando materiais e técnicas padronizadas. Anexo à RDC apresenta manual com os critérios a serem seguidos pelas UH ou Empresas Prestadoras de Bens e Serviços (EPBS) na administração de NE, em nível hospitalar, ambulatorial ou domiciliar (RDC n° 63, 2000).

Para conhecer a qualidade da assistência prestada nas UH aos pacientes em TNE faz-se necessária avaliação periódica. Com a finalidade de garantir a qualidade de ações e programas de saúde a avaliação caracteriza-se como estratégia técnico-administrativa de gestão com a função de verificar o cumprimento de objetivos e metas no contexto e organização do processo de trabalho. Assim, fundamenta-se em critérios/parâmetros técnico-científicos pré determinados que definam o alcance destes, oferecendo ao gestor subsídios para tomada de decisão mais racional e efetiva (TRONCHIN, MELLEIRO *et al.*, 2012). Para avaliação em saúde, adicionalmente à legislação da vigilância sanitária e resoluções do conselho profissional, parâmetros da literatura científica como evidências relevantes oriundas de pesquisas e informações de base de dados devem ser considerados. Integram esta categoria, estudos clínicos de boa qualidade científica, revisões sistemáticas e consensos, bem como as posições divulgadas pelas principais sociedades dedicadas ao estudo do tema no mundo.

Segundo o Dicionário Aurélio, consenso é definido por "acordo de várias pessoas, consentimento, anuência" (*www.dicionariodoaurelio.com/Consenso.html*). Os consensos, tomados como diretrizes, são úteis aos profissionais, pois apresentam resultados baseados em pesquisas e/ou discussões de estudiosos em colaboração a respeitados órgãos dedicados à área, servindo-lhes como fonte de referência para a prática da assistência e para a tomada de decisões. Entre as organizações que divulgam o conhecimento científico produzido na área da TN destacam-se a Sociedade Européia de Nutrição Clínica e Metabolismo (ESPEN) e a Sociedade Americana de Nutrição Parenteral e Enteral (ASPEN) que promovem, além de apoio à pesquisa e educação, a organização de consensos sobre cuidados clínicos e controle de qualidade na assistência (*www.espen.org/about-espen*; *www.nutritioncare.org/About_ASPEN/About_A_S_P_E_N_/*).

Consideradas as fontes técnico-científicas anteriormente citadas como propositoras dos parâmetros necessários à avaliação da assistência de enfermagem ao paciente hospitalizado em TNE concebeu-se a auditoria como metodologia para condução de processos avaliativos. A auditoria apresenta-se como instrumento gerencial útil e atual para obtenção de dados e informações necessários ao alcance de maior segurança e qualidade na assistência ao paciente hospitalizado em TN (MCMULLEN e GALE, 2014). Por meio da análise de documentos e verificação operativa, avalia-se a adequação aos padrões estabelecidos, a qualidade dos processos, sistemas e serviços e a necessidade de melhoria ou de ação preventiva/corretiva/saneadora (MANUAL DE NORMAS DE AUDITORIA Ministério da Saúde 1998). Ao considerar como hipótese que a existência de referências legais e científicas atuais na área da TNE deve constituir-se em guias para o processo de trabalho da enfermagem, realizou-se esta revisão e análise de documentos referentes ao tema. Assim, a pergunta da pesquisa foi: quais os principais aspectos a serem considerados na TNE segundo a literatura dos últimos 10 anos? Este estudo tem por objetivo destacar na legislação vigente e publicações científicas, resultantes de consensos, os principais aspectos da TNE aplicáveis nos serviços e passíveis de auditoria que contribuem para a atuação do profissional de enfermagem.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo consiste em revisão integrativa sobre aspectos da TNE relacionados à atuação da enfermagem. Este método de pesquisa sistematizada e ordenada contribui para a reunião, aprofundamento e síntese do conhecimento do tema investigado (MENDES, SILVEIRA *et al.*, 2008). Inicialmente, buscou-se nas bases de dados Pubmed (United States Nacional Library of Medicine National Institutes of Health) (*http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed*) e SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) (*http://www.scielo.org/php/index.php*) artigos que correspondiam aos seguintes critérios de inclusão: consensos de conferências publicados e/ou indexados nos últimos 10 anos, em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, que abordam o tema terapia nutricional enteral em humanos. Foi critério de exclusão: abordagens exclusivas das práticas de competências de outros profissionais, como médica, nutricional, farmacêutica ou outras. Posteriormente, foram selecionados documentos vigentes da legislação nacional que dispõem sobre a TNE. Ainda, dois pesquisadores reconhecidos na área de TN foram consultados e solicitados a elencar publicações adicionais sobre o tema, relevantes e vigentes. Em seguida, foram definidas as informações relacionadas às competências da enfermagem a serem extraídas dos estudos selecionados. Estas informações foram avaliadas, interpretadas e sintetizadas. Ao final apresentam-se as reflexões sobre o conhecimento produzido.

3. RESULTADOS

A busca no Pubmed resultou em 34 artigos, sendo selecionados 27 para avaliação. Todos foram cuidadosamente analisados, sendo utilizados nesta revisão aqueles que tratam aspectos relacionados às atribuições/competências da enfermagem. A busca na base de dados Scielo resultou em uma publicação de interesse para este estudo. Entre os documentos que expressam a legislação vigente no Brasil, foram obtidos e referenciados dois documentos, a Norma Técnica do Conselho Federal de Enfermagem e a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA. A consulta a pesquisadores da área resultou na indicação de duas publicações científicas. A seguir apresentam-se em tópicos as informações rela-

cionadas às competências/atribuições da enfermagem em TNE abordadas nos textos, discriminadas de acordo com as dimensões do processo de trabalho do enfermeiro: gerenciar e cuidar.

Dimensão gerenciar - ***Equipe multiprofissional:*** As publicações destacam a importância da existência de equipe multiprofissional em TN na UH para acompanhamento permanente de todas as etapas da TNE (RDC n° 63, 2000; BANKHEAD, BOULLATA *et al.*, 2009; BERMÚDEZ, SANABRIA *et al.*, 2013). Para conformação desta equipe considera-se indispensável à participação do médico, nutricionista, farmacêutico e enfermeiro. Entre as finalidades elencadas para a equipe encontram-se: a monitorização intra-hospitalar de pacientes e dos indicadores de qualidade, o cumprimento de metas de qualidade definidas nacional e internacionalmente por sociedades científicas e órgãos governamentais; a diminuição da ocorrência de eventos adversos; a otimização do uso dos recursos em terapia nutricional e a detecção da desnutrição em paciente hospitalizados (RDC n° 63, 2000; BERMÚDEZ, SANABRIA *et al.*, 2013; MILLER, MCCLAVE *et al.*, 2014). Além do aspecto formal, os trabalhos apontam a necessidade de bom relacionamento e de comunicação eficiente na equipe, pois a falta destas características pode constituir-se em barreira para a melhoria da prática nutricional. Esta condição pode ser causadora da falta de adesão às diretrizes e evidências para a prática clínica, de pobre implementação de protocolos; da manutenção de atitudes e crenças inadequadas dos profissionais e relacionar-se a fatores que envolvem diretamente o paciente (MILLER, MCCLAVE *et al.*, 2014). ***Equipe de enfermagem:*** Compete ao enfermeiro a administração da NE. Como coordenador da equipe de enfermagem, este profissional é responsável pelas ações de planejamento, organização, coordenação, execução, avaliação de serviços de enfermagem, treinamento de pessoal e prescrição de cuidados de enfermagem ao paciente em TN (RDC n° 63, 2000; BERMÚDEZ, SANABRIA *et al.*, 2013). Inclui-se detectar, registrar e comunicar à EMTN e ou o médico responsável pelo paciente, as intercorrências de qualquer ordem técnica e ou administrativa. A equipe de enfermagem envolvida na administração da TN é formada por Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, que executam suas atribuições em conformidade com o disposto em legislação específica, que regulamentam o exercício da Enfermagem no país. Por ser considerada terapia de alta complexidade, somente podem ser delegadas aos Auxiliares de Enfermagem as ações relacionadas aos cuidados de higiene e conforto do paciente em TN. Os Técnicos de Enfermagem participam da atenção de enfermagem em TN, naquilo que lhes couber, ou por delegação, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro (NT - COFEN nº 0453/2014 2014). ***Dimensionamento de pessoal:*** O quadro de pessoal de enfermagem deve ser qualificado e em quantidade que permita atender às recomendações das Boas Práticas da Administração de NE (BPANE), sendo de responsabilidade da administração da UH prever e prover os recursos humanos necessários à operacionalização da TNE (RDC n° 63, 2000; NT - COFEN nº 0453/2014 2014) ***Saúde ocupacional/higiene pessoal:*** A admissão dos profissionais que executam a TN deve ser precedida de exames médicos, sendo obrigatória a realização de avaliações periódicas daqueles diretamente envolvidos na manipulação da NE. Em caso de suspeita ou confirmação de enfermidade ou lesão exposta, o profissional deve ser encaminhado ao serviço de saúde ocupacional, o qual tomará as providências necessárias (RDC n° 63, 2000). A equipe de enfermagem deve atender alto nível de higiene, devendo ser orientada para a correta lavagem das mãos e retirada de acessórios, jóias e relógio antes de operacionalizar a administração da NE (RDC n° 63, 2000). Todos os profissionais devem ser instruídos e incentivados a reportar aos seus superiores imediatos quaisquer condições relativas ao ambiente, equipamento ou pessoal que considerem prejudiciais à qualidade da NE. Adicionalmente, referem que a conduta da equipe de enfermagem deve ser pautada pelos preceitos éticos em relação à atividade profissional, bem como ao atendimento do paciente e sua família (RDC n° 63, 2000). ***Capacitação e atualização de profissionais:*** A complexidade da TNE exige o comprometimento e a capacitação da equipe multiprofissional para garantir a sua eficácia e segurança para os pacientes. Assim, o enfermeiro deve participar e promover atividades de treinamento operacional e de educação continuada, com vistas a garantir a capacitação e atualização da equipe de enfermagem envolvida na administração da NE (RDC n° 63, 2000; BERMÚDEZ, SANABRIA *et al.*, 2013; NT - COFEN nº 0453/2014 2014). O treinamento deve abordar os princípios da BPANE e as melhores práticas aceitas internacionalmente e seguir uma programação pré-estabelecida e adaptada às necessidades do serviço, sendo os registros da atividade mantidos na instituição (RDC n° 63, 2000; BANKHEAD, BOULLATA et al., 2009; BERMÚDEZ, SANABRIA et al., 2013; NT - COFEN nº 0453/2014 2014; MILLER, MCCLAVE et al., 2014). Nos programas de educação, a abordagem recomendada é centrada no paciente, buscando, deste modo, ultrapassar barreiras individuais dos profissionais(MILLER, MCCLAVE et al., 2014). ***Estrutura física/ambiente:*** As UH devem possuir infra-estrutura física, equipamentos e materiais necessários à operacionalização da TNE que atendam às recomendações das BPANE, a seguir, o que deverá ser previsto e provido pela administração institucional(RDC n° 63, 2000). O local de manuseio da NE e suas adjacências devem ser organizados e livres de quaisquer outros medicamentos e materiais estranhos à NE e mantidos em rigorosa condição de higiene. Tanto o local quanto seu mobiliário devem ser

revestidos por material liso e impermeável para evitar o acúmulo de partículas e microorganismos e ser resistente aos agentes sanitizantes. A limpeza e procedimento operacional para a área devem ser estabelecidas por equipe de controle de infecções relacionadas à assistência em saúde (RDC n° 63, 2000; BANKHEAD, BOULLATA *et al*., 2009). ***Equipamentos e Materiais:*** A utilização de bombas de infusão (BI), com sistema de alarme, adequadas à administração da NE é recomendada, principalmente em casos que o gotejamento lento esteja indicado. Seu manuseio deve ser efetuado por profissional treinado (RDC n° 63, 2000; NT - COFEN nº 0453/2014 2014). Assim, a UH deve garantir a disponibilidade de BI, em número suficiente, identificadas para uso em alimentação enteral, calibradas e com manutenções periódicas realizadas por profissional qualificado (RDC n° 63, 2000; BANKHEAD, BOULLATA *et al*., 2009). BI para TN devem dispensar o volume prescrito com 10% de acurácia(BANKHEAD, BOULLATA *et al.*, 2009). Deste modo, as BI devem ser cuidadosamente verificadas quanto às suas condições de funcionamento e também limpeza antes do início da sua utilização, bem como durante todo o período de uso devem ser rigorosa e periodicamente limpas e desinfetadas, conforme procedimento estabelecido pela equipe de controle de infecções relacionadas à assistência em saúde. Para fins de auditoria, a instituição deve realizar registros das operações de limpeza, desinfecção, calibração e manutenção das BI (RDC n° 63, 2000). Em relação aos materiais, como sondas e equipos de infusão, devem estar disponíveis na UH. É recomendado que estes materiais, utilizados para a prática da TNE, não permitam a conexão equivocada com outros dispositivos, como os de acesso venoso/arterial. Estes materiais/dispositivos não devem ser modificados evitando comprometer as características de segurança incorporadas em seu design. Dispositivos e sondas de TNE devem ser diferentes na cor ou portar rótulos de identificação de uso exclusivo. Equipos de BI devem ter câmara de prevenção de refluxo e contaminação da NE. Os recipientes de NE (bolsas/frascos) devem ter identificação clara de uso proibido em acesso venoso. Seringas de uso oral devem ser adquiridas para administração de medicação pela sonda enteral, evitando a conexão com dispositivos intravenosos/arteriais (BANKHEAD, BOULLATA *et al.*, 2009). O preparo destes materiais/dispositivos, de uso específico para cada caso, é da competência do enfermeiro, devendo ter qualidade assegurada e quantidade necessária à operacionalização da administração da NE (RDC n° 63, 2000). É responsabilidade do enfermeiro participar do processo de seleção, padronização, licitação e aquisição de equipamentos e materiais utilizados na administração e controle da TNE e controle do paciente, bem como zelar pelo perfeito funcionamento das bombas de infusão (RDC n° 63, 2000; NT - COFEN nº 0453/2014 2014). ***Protocolos e Procedimento Operacional Padrão:*** É importante assegurar que a cada paciente será oferecida a oportunidade de obter os melhores cuidados em TN, baseados em evidências científicas e recomendações de boas práticas. Assim, com base na experiência, cultura, prática de enfermagem e liderança existente, cada UH deve providenciar para que todas as etapas da TNE atendam às políticas e procedimentos operacionais específicos escritos, revisados e atualizados periodicamente com base em evidências científicas, devidamente autorizados e registrados (RDC n° 63, 2000; BANKHEAD, BOULLATA *et al.*, 2009; MILLER, MCCLAVE *et al*., 2014). ***Indicadores de qualidade e auditorias:*** Os indicadores de qualidade e auditorias internas regulares são recomendados nas publicações, devendo ser utilizados para monitoramento e avaliação do cumprimento das BPANE e adequação às evidências científicas (RDC n° 63, 2000). Os documentos normativos e os registros inerentes à TNE são de propriedade exclusiva da instituição, mas devem ficar à disposição dos avaliadores, bem como devem ser prestadas as informações necessárias à avaliação. Com base nas conclusões destas avaliações devem ser estabelecidas ações corretivas necessárias ao aprimoramento da qualidade da TNE na UH, sendo todo o processo documentado e arquivado ((RDC n° 63, 2000).

Dimensão Cuidar - ***Avaliação do paciente:*** Diariamente, os pacientes em terapia nutricional enteral devem ser avaliados pela equipe multiprofissional quanto à eficácia do tratamento, efeitos adversos e alterações clínicas que possam indicar a necessidade de modificações da TNE. Providências necessárias devem ser tomadas para assegurar a manutenção da via de administração da NE. O controle do paciente em TNE deve contemplar: ingressos de nutrientes, tratamentos farmacológicos concomitantes, sinais de intolerância à NE, alterações antropométricas, bioquímicas, hematológicas e hemodinâmicas, assim como modificações em órgãos, sistemas e suas funções (RDC n° 63, 2000; BERMÚDEZ, SANABRIA *et al.*, 2013). Qualquer alteração encontrada nas funções dos principais órgãos e as consequentes alterações na formulação ou via de administração da NE devem constar nos registros do paciente (RDC n° 63, 2000; BERMÚDEZ, SANABRIA *et al.*, 2013). Cabe ao Enfermeiro, utilizando-se do Processo de Enfermagem, prescrever os cuidados de enfermagem para assistência do paciente submetido à TNE (NT - COFEN nº 0453/2014 2014). Antes da interrupção da TNE o paciente deve ser avaliado em relação à: capacidade de atender às suas necessidades nutricionais por alimentação via oral; presença de complicações que ponham o paciente em risco nutricional e ou de vida (RDC n° 63, 2000). ***Orientação do paciente/família:*** Recomenda-se implementar ações com vistas a preparar e orientar o paciente e familiares quanto os objetivos da TN, seus riscos e benefícios, bem como sobre a via de administração da NE, técnica de inserção da sonda e as possíveis

intercorrências (RDC n° 63, 2000; NT - COFEN nº 0453/2014 2014). Com o objetivo de minimizar receios e apreensões, a equipe de enfermagem deve facilitar o intercâmbio entre os pacientes e suas famílias, ressaltando a importância de sua participação durante todo o processo da TNE. Deve-se salientar a comunicação imediata à equipe de enfermagem das intercorrências que podem advir, o que permitirá que providências sejam tomadas em tempo hábil (RDC n° 63, 2000). O paciente e familiares devem ser orientados a não reconectar dispositivos, durante a administração da NE, principalmente sem iluminação. Para isto devem solicitar a equipe de saúde. O profissional por sua vez, ao fazer uma reconexão deve buscar o recipiente com a solução de origem do respectivo equipo para evitar conexões equivocadas. Recomenda-se que tubos e cateteres sigam diferentes direções, como por exemplo: equipos de soluções intravenosas/arteriais direcionadas para a cabeceira, tubos entéricos direcionados para a peseira (BANKHEAD, BOULLATA et al., 2009). ***Acesso da via e confirmação do posicionamento:*** A via de administração da NE deve ser escolhida pelo médico e/ou enfermeiro responsáveis pelo atendimento ao paciente. Ao enfermeiro cabe estabelecer o acesso enteral, por via oro/nasogástrica ou transpilórica por meio de técnica padronizada e protocolada na UH (RDC n° 63, 2000; NT - COFEN nº 0453/2014 2014). São consideradas vias de acesso enteral as sondagens orogástrica (SOG), nasogástrica (SNG) e nasoenteral (SNE). Considera-se que a sondagem via oral deve ser utilizada em pacientes em terapia intensiva, com intubação traqueobrônquica e naqueles com sinusite, trauma nasal ou narinas estreitas. Em outros casos, a recomendação é a introdução nasal da sonda. O acesso é realizado geralmente através de sondas de alimentação de poliuretano, disponíveis em vários diâmetros (8,10,12,14 e 16 french). As razões que sustentam a recomendação do uso de cateteres de poliuretano são: 1. Compatibilidade, 2. Diminuição do risco de erosões ou úlceras, 3. Redução do risco de infecções, 4. Facilidade no manuseio 5. Ampla disponibilidade de diâmetros 6. Possibilidade de identificar a posição e 7. Maior duração. Embora as sondas de silicone apresentem algumas destas vantagens, especialistas sinalizam para a dificuldade de inserção e identificação no trato gastrointestinal, a facilidade com que são expelidas quando o paciente apresenta vômitos e a facilidade de obstrução de sua luz. As sondas de polivinil são contra-indicadas, devido à sua rigidez e dificuldade no manuseio, com elevada probabilidade de ocasionar erosões e perfurações (BERMÚDEZ, SANABRIA et al., 2013). Estas sondas podem ser locadas em posição naso/orogástrica, naso/oroduodenal ou naso/orojejunal, havendo ainda a sonda naso/orogastrojejunal, que reúne duas vias separadas de calibres diferentes permitindo ao mesmo tempo a drenagem do estômago e a alimentação no jejuno (NT - COFEN nº 0453/2014 2014). Quanto à posição, a sonda para TN deve ter preferivelmente posicionamento gástrico, por ser mais fisiológico, exceto em casos que não seja bem tolerada pelo paciente ou que tenha contra indicações específicas (WILLIAMS E LESLIE, 2005). Estudos com pacientes críticos mostram que não há diferença significativa na eficácia da TN na posição gástrica versus a posição jejunal. Em relação à taxa de desenvolvimento de pneumonia, também não houve diferença entre os dois métodos de alimentação quanto à mortalidade ou taxa de permanência. A posição jejunal poderá ser utilizada em pacientes com pancreatite, alto volume de resíduo gástrico, alto risco de aspiração brônquica, vitimados por trauma abdominal ou cirurgia gastrointestinal e fístulas pela facilidade de acesso. Conclui-se que estes resultados não justificam uma recomendação generalizada para alimentação jejunal em pacientes críticos. Estes poderão ser alimentados via jejunal após mostrarem intolerância à via gástrica. Em casos de pacientes com traumatismo crânio-encefálico a NE via transpilórica é recomendada, pois comparada à via gástrica melhora a eficácia do suplemento e reduz a incidência de pneumonia. Em pacientes politraumatizados a via gástrica é preferencial (FERNANDEZ-ORTEGA, HERRERO MESEGUER *et al.*, 2011). Estudiosos mencionam que a localização pós pilórica da sonda é de difícil alcance, até mesmo sob a inserção endoscópica, embora esta seja a técnica considerada mais eficaz. As sondas com ponta de tungstênio são indicadas para visualização radiológica em casos de localização pós pilórica (BERMÚDEZ, SANABRIA *et al.*, 2013). Após a inserção, o enfermeiro deve solicitar e encaminhar o paciente para exame radiológico visando à confirmação da localização da sonda antes de administrar qualquer fórmula ou medicamento (RDC n° 63, 2000; Bankhead, Boullata *et al.*, 2009; NT - COFEN nº 0453/2014 2014). A capnografia pode ser utilizada para verificar inserção inadvertida da sonda na traqueia, porém não dispensa o exame radiológico, da mesma maneira que outros testes de confirmação como análises do Ph e bilirrubina no aspirado gástrico. A ausculta para diferenciar posicionamento gástrico do pós pilórico não deve ser considerada. Recomenda-se marcar o local de saída da sonda antes da radiografia e observar a mobilização durante a TNE. Se segmento significativo da sonda se exteriorizar recomenda-se usar testes à beira do leito para determinar se houve deslocamento, na existência de dúvida deve-se solicitar nova radiografia (BANKHEAD, BOULLATA *et al.*, 2009). As publicações analisadas não apresentaram técnica para fixação da sonda. Porém, há recomendação para garantir a manutenção da sonda com a troca do curativo e ou fixação da sonda enteral, com base em procedimentos pré- estabelecidos na UH (RDC n° 63, 2000). ***Recebimento, conservação e administração da NE:*** O enfermeiro é responsável pelo recebimento e conserva-

ção da NE na unidade de enfermagem e pela sua administração no paciente (RDC n° 63, 2000; NT - COFEN nº 0453/2014 2014). No recebimento da NE, o enfermeiro deverá realizar a inspeção de recebimento, observando a adequação das informações contidas no rótulo, a integridade da embalagem e a presença de elementos estranhos ao produto. Verificada alguma anormalidade a NE não deve ser administrada, mas devolvida. O registro e a notificação da ocorrência deverão ser realizados e assinados pelo enfermeiro e informados ao nutricionista (RDC n° 63, 2000). Quando for necessário proceder à armazenagem da NE na unidade de enfermagem, deve-se fazê-lo de forma a alcançar sua conservação e integridade (NT - COFEN nº 0453/2014 2014). Dessa maneira, a NE deve ser mantida sob refrigeração, em geladeira exclusiva para medicamentos, mantendo-se a temperatura de 2 º C a 8 º C. A geladeira utilizada para conservação da NE deve ser limpa, obedecendo-se procedimento estabelecido pela equipe de controle de infecções relacionadas à assistência em saúde (RDC n° 63, 2000) Caso tenha sido exposta à temperatura ambiente por mais de 4 horas, a NE deve ser desprezada (BANKHEAD, BOULLATA *et al.,* 2009). Imediatamente anterior à administração da NE no paciente deve-se confrontar as informações do rótulo com a prescrição médica e também conferir a identificação do paciente, via de administração, volume e horário (RDC n° 63, 2000; BANKHEAD, BOULLATA *et al.*, 2009; NT - COFEN nº 0453/2014 2014). Após confirmar a localização da sonda e sua permeabilidade deve adaptar o equipo de infusão adequado ao recipiente contendo a NE, observando os princípios de assepsia. A correta lavagem das mãos e o uso de luvas descartáveis para manuseio da NE e dispositivos é recomendada, bem como recipientes para descarte seguro de perfurocortantes (RDC n° 63, 2000; BANKHEAD, BOULLATA *et al.*, 2009). Deve-se observar que a NE é inviolável até o final de sua administração, não podendo ser transferida para outro tipo de recipiente (RDC n° 63, 2000). Em relação ao tempo de infusão, fórmulas em pó reconstituídas ou com aditivos devem ser administradas em 4 horas, enquanto soluções de NE estéreis podem ser infundidas em até 8 horas. Os materiais descartáveis utilizados na administração da NE devem ser trocados em pelo menos 24horas. A infusão de solução de NE em sistema fechado deve ocorrer em 24-48 horas, da mesma maneira que o material descartável utilizado para infusão trocado, conforme orientação do fabricante (BANKHEAD, BOULLATA *et al*., 2009). Para pacientes críticos a infusão contínua é preferível em relação à intermitente (WILLIAMS E LESLIE, 2005). O prazo estabelecido na prescrição médica para a administração da NE deverá ser cumprido rigorosamente, sendo vedada à equipe de enfermagem a alteração da velocidade de administração, sem prévia autorização (NT - COFEN nº 0453/2014 2014 e RDC n° 63, 2000). Elevar a cabeceira da cama no mínimo 30º, e preferivelmente em 45º, para todos os pacientes recebendo NE, a menos que existam contraindicações clínicas. Em situações nas quais seja impossível a elevação da cabeceira, a posição de Trendelenburg reversa deve ser considerada. Se houver necessidade de abaixar a cabeceira, a mesma deve retornar à posição elevada tão logo quanto possível (BANKHEAD, BOULLATA *et al.,* 2009). Cuidados específicos com a via de administração devem ser estabelecidos, entre eles ações que visem a garantir que a via de acesso seja mantida e a troca da NE, sondas e equipos realizada conforme procedimentos pré-estabelecidos pela EMTN e em consonância com a equipe de controle de infecções relacionadas à assistência em saúde (RDC n° 63, 2000; NT - COFEN nº 0453/2014 2014). ***Resíduo gástrico:*** Todos os pacientes devem ser avaliados quanto ao risco de aspiração brônquica. Pacientes com sondas de posicionamento pós pilórico não devem ser aspirados. Em pacientes com sonda de posicionamento gástrico, o resíduo deve ser confirmado a cada 4h durante as primeiras 48h. Para pacientes não críticos os intervalos poderão ser de 6-8h após alcançar o volume de NE necessário calculado. Em situações em que o volume residual gástrico seja maior ou igual a 250 ml, na segunda verificação, a infusão deve continuar e o médico deve ser informado. Se o volume residual for maior que 500ml a interrupção da TN, pelo médico, é recomendada para reavaliação do paciente (BANKHEAD, BOULLATA *et al.*, 2009). Entretanto, estudos mostram que a omissão em medir o volume residual gástrico em pacientes críticos não aumentou a incidência de aspiração ou complicações relacionadas, assim como permitir altos volumes de resíduo gástrico aumentou a quantidade de nutrição enteral administrada, mas não interferiu nos desfechos clínicos (CASAER E VAN DEN BERGHE, 2014). ***Hidratação do paciente e irrigação da sonda:*** Independentemente da administração de medicamentos, a sonda enteral deve ser irrigada a cada seis horas (BERMÚDEZ, SANABRIA *et al*., 2013). A ASPEN recomenda 30 ml de água filtrada a cada 4 horas durante a alimentação contínua ou antes e após a alimentação intermitente (BANKHEAD, BOULLATA *et al.,* 2009). O líquido utilizado dependerá da condição clínica do paciente. Se o paciente tem alterações hidroeletrolíticas como hiponatremia, pode ser utilizada solução salina normal. Caso contrário, deve-se usar água destilada. Se o paciente tem restrição de líquidos, os volumes para a irrigação devem ser baixos (BERMÚDEZ, SANABRIA *et al.*, 2013). A água esterilizada é recomendada para pacientes imunossuprimidos ou quando a qualidade da água é duvidosa (BANKHEAD, BOULLATA *et al.*, 2009).***Administração de medicamentos, desobstrução e permanência da sonda:*** A utilização da sonda de administração da NE não é exclusiva, podendo ser empregada para medicamentos e outras soluções quando necessário. O uso desta via deve ter protocolo na UH (RDC n° 63, 2000; BANKHEAD, BOULLATA *et al.*, 2009). Nestes

casos, são recomendadas as seguintes medidas: 1. Interromper a infusão da NE para a medicação e retorná-la imediatamente após a medicação, caso não haja contra indicação do medicamento; 2. lavar a sonda com 15ml de água antes e depois da administração do medicamento; 3. Usar medicamento preferencialmente líquido ou diluí-lo individualmente, para uso imediato; 4. Solicitar a avaliação de um farmacêutico investigando se a diluição ou fracionamento do medicamento altera suas propriedades terapêuticas (BANKHEAD, BOULLATA *et al.*, 2009; BERMÚDEZ, SANABRIA et al., 2013). São recomendados: usar água filtrada ou esterilizada, não adicionar medicamento na bolsa/frasco de NE e não misturar diferentes medicamentos, evitando incompatibilidades físico-químicas, obstrução da sonda e alteração da resposta terapêutica (BANKHEAD, BOULLATA *et al.*, 2009). Em casos de obstrução ou deslocamento não é recomendada a reintrodução do guia através da sonda pelo alto risco de perfuração de tecidos/órgãos. Nestes casos deverá ocorrer a retirada e reinserção da sonda, com nova confirmação da localização (BERMÚDEZ, SANABRIA *et al.*, 2013). Situações em que sabidamente o tempo de permanência da sonda entérica será maior que quatro (BANKHEAD, BOULLATA *et al.*, 2009) a seis semanas como, por exemplo, casos de pacientes com comprometimento neurológico e/ou da deglutição que impeçam a utilização da via oral, uma via definitiva, de acesso endoscópico ou cirúrgico, com dispositivos para alimentação de longa duração, seja estabelecida durante a mesma internação (BERMÚDEZ, SANABRIA *et al.*, 2013). ***Controles:*** O paciente submetido à TN deve ter seu peso aferido periodicamente. O peso deve ser verificado, preferencialmente sempre no mesmo horário e na mesma balança (RDC n° 63, 2000). A frequência da verificação deve ser definida em relação à condição clínica do paciente. Três tipos de situações foram definidas: 1. Pacientes que não deambulam e não podem ser pesados de forma rotineira - neste caso, são necessárias balanças especialmente projetadas para esta finalidade. Na ausência deste recurso, o peso é estimado pelas condições clínicas e de admissão na instituição. 2. Pacientes que deambulam e estão em estabilidade metabólica - para esses sugere-se a pesagem diária durante a primeira semana de TN, seguida por semanal se a estabilidade metabólica estiver mantida. 3. Pacientes que deambulam, mas estão em instabilidade metabólica – para esses pacientes deve-se proceder a pesagem diária até o alcance da estabilidade metabólica (BERMÚDEZ, SANABRIA *et al.*, 2013). A realização dos exames clínicos e laboratoriais solicitados, atendendo rigorosamente tempo e prazo, deve ser assegurada pelo enfermeiro, assim como a verificação dos sinais vitais e realização do balanço hídrico (RDC n° 63, 2000). Recomenda-se que os parâmetros de resultados antropométricos e bioquímicos usados comumente para avaliação do estado nutricional, sejam analisados cuidadosamente quando utilizados para pacientes críticos, em razão de sua condição clínica. Em relação à glicemia, esta deve ser rigorosamente monitorada em pacientes criticamente doentes e ser mantida abaixo de 150 mg/dl ou 140-180 mg/dL (7.8–10 mmol/L) (MCMAHON, NYSTROM *et al.*, 2013). Complicações inerentes à TNE devem ser registradas e comunicadas ao médico responsável pelo atendimento ao paciente e à EMTN (RDC n° 63, 2000; NT - COFEN nº 0453/2014 2014). Adicionalmente, o enfermeiro é responsável por promover ações que garantam o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e à evolução do paciente quanto ao: peso, sinais vitais, tolerância digestiva e outros que se fizerem necessários (RDC n° 63, 2000). ***Assistência e atividade física:*** A enfermagem deve monitorar o paciente durante toda a TNE. Os cuidados de higiene e conforto e outros devem ser promovidos ao paciente de acordo com a prescrição de enfermagem ou protocolo pré-estabelecido. A higiene oral e aspiração orofaríngea regulares diminuem complicações infecciosas (WILLIAMS E LESLIE, 2005). A atividade física/exercício é recomendada para tornar a TN mais eficaz (MILLER, MCCLAVE *et al.*, 2014). Com vistas à assistência de enfermagem humanizada recomenda-se manter o paciente informado de sua evolução e adotar medidas que lhe proporcionem bem estar (RDC n° 63, 2000). ***Documentos e registros:*** Dados referentes ao paciente, à TNE, aos materiais utilizados e às ações efetuadas, bem como qualquer ocorrência devem ser registrados no prontuário do paciente de forma correta, precisa, clara e pontual. (RDC n° 63, 2000; BANKHEAD, BOULLATA *et al.*, 2009; NT - COFEN nº 0453/2014 2014). A disponibilidade destas informações contribuirá para a avaliação do paciente, eficácia do tratamento e diminuição do número de glosas das contas hospitalares(BERMÚDEZ, SANABRIA *et al.*, 2013).

4. CONCLUSÃO

Este artigo identifica os aspectos considerados mais relevantes para processos de auditoria da qualidade em terapia nutricional enteral, relativos às competências da enfermagem, em unidades hospitalares, publicados nos últimos 10 anos. Entre os aspectos mais importantes no processo de trabalho em enfermagem em terapia nutricional enteral foram abordados assuntos da dimensão “gerenciar” e da dimensão “cuidar”. Os resultados deste estudo permitem que alguns pontos, sejam mencionados, conforme seguem.

A fim de possibilitar assistência segura e de qualidade deve-se atentar para o correto dimensionamento do quadro de pessoal, que respeite o grau de complexidade do paciente, sendo papel do enfermeiro dedicar-se a este estudo, buscando o alcance de condições adequadas de trabalho.

É importante que o paciente em TNE, ao ser transfe-

rido para outra instituição ou em alta para o domicílio, esteja orientado sobre a continuidade da terapia e seja portador de orientações escritas, assim como seja informado sobre o serviço de referência para acompanhamento e atendimento de emergências.

Em relação à sonda utilizada na TNE, enfatizamos a necessidade de que toda sua extensão seja radiopaca, e não somente a ponta, pois esta característica permite visualização clara de enovelamento no estomago. Instituições de recursos modestos devem atentar para protocolos envolvendo dispositivos/materiais dispensáveis, que oneram o procedimento.

Pertinente observar que embora muitos aspectos tenham sido abordados nas publicações alguns aspectos ainda necessitam esclarecimentos. Observou-se divergência quanto ao nível de controle da glicemia, da mesma maneira que a questão do resíduo gástrico precisa ser mais bem resolvida.

Deve-se ressaltar a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem na organização do trabalho da enfermagem quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem. Este instrumento metodológico, composto por várias etapas, orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional, tornando-se indispensável à assistência segura e de qualidade. Importante enfatizar que, como critério de qualidade, a prática deve ser validada cientificamente, baseada em conhecimento fundamentado, ou seja, em evidências. Como poucos são os estudos científicos de qualidade reconhecida, nos são úteis os consensos. No entanto, devemos ser criteriosos na adesão, visto que organizações são passíveis de influências políticas e da indústria e podem apresentar distorções em suas publicações, ocasionando má prática e custos elevados à instituição.

REFERÊNCIAS

[1] RODRIGUES ALVES, V. G. F., C. A. CHIESA, *et al.* Complicações do suporte nutricional em pacientes cardiopatas numa unidade de terapia intensiva Rev. bras. nutr. clín, v.14, n.3, p.135-44. 1999.

[2] BANKHEAD, R., J. BOULLATA, *et al.* Enteral nutrition practice recommendations. JPEN J Parenter Enteral Nutr., v.33, n.2, p.122-67. 2009.

[3] BARKER, L. A., B. S. GOUT, *et al.* Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. Int J Environ Res Public Health., v.8, n.2, p.514-27. 2011.

[4] BERMÚDEZ, C., Á. SANABRIA, *et al.* Soporte nutricional del paciente adulto. Resultados de la reunión de consenso de la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica Rev. colomb. cir, v.28, n.2, p.101-16. 2013.

[5] CASAER, M. P. E G. VAN DEN BERGHE. Nutrition in the acute phase of critical illness. N Engl J Med, v.370, n.13, Mar 27, p.1227-36. 2014.

[6] CORKINS, M. R., P. GUENTER, *et al.* Malnutrition Diagnoses in Hospitalized Patients: United States, 2010. JPEN J Parenter Enteral Nutr, v.18. 2013.

[7] CORREIA, M. I. E D. L. WAITZBERG. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. Clin Nutr., v.22, n.3, p.235-9. 2003.

[8] CUPPARI, L. Nutrição clínica no adulto. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar. In: L. Cuppari (Ed.). Nutrição enteral. São Paulo: Manole, 2002. Nutrição clínica no adulto. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar, p.369-90.

[9] FERNANDEZ-ORTEGA, J. F., J. I. HERRERO MESEGUER, *et al.* Guidelines for specialized nutritional and metabolic support in the critically-ill patient. Update. Consensus of the Spanish Society of Intensive Care Medicine and Coronary Units-Spanish Society of Parenteral and Enteral Nutrition (SEMICYUC-SENPE): indications, timing and routes of nutrient delivery. Med Intensiva, v.35 Suppl 1, Nov, p.7-11. 2011.

[10] FRIESECKE, S., A. SCHWABE, *et al.* Improvement of enteral nutrition in intensive care unit patients by a nurse-driven feeding protocol. Nurs Crit Care, v.Epub ahead of print. 2014.

[11] LEE, H. K., H. S. CHOI, *et al.* Analysis of the Prevalence and Risk Factors of Malnutrition among Hospitalized Patients in Busan. Prev Nutr Food Sci, v.18, n.2, p.117-23. 2013.

[12] MATOS, L., M. A. Teixeira, *et al.* Nutritional status recording in hospitalized patient notes. Acta Med Port., v.20, n.6, p.503-10. 2007.

[13] MATSUBA, C. S. T. Obstrução de sondas nasoenterais em pacientes cardiopatas Escola Paulista de Medicina. Curso de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003. 136p p.

[14] MAZUSKI, J. E. Feeding the injured intestine: enteral nutrition in the critically ill patient. Curr Opin Crit Care., v.14, n.4, p.432-7. doi: 10.1097/MCC.0b013e328307390b. 2008.

[15] MCCLAVE, S. A., R. KOZAR, *et al.* Summary points and consensus recommendations from the North American Surgical Nutrition Summit. JPEN J Parenter Enteral Nutr, v.37, n.5 Suppl, p.99S-105S. 2013.

[16] MCMAHON, M. M., E. NYSTROM, *et al.* A.S.P.E.N. clinical guidelines: nutrition support of adult patients with hyperglycemia. JPEN J Parenter Enteral Nutr, v.37, n.1, Jan, p.23-36. 2013.

[17] MCMULLEN, L. E S. GALE. Improving nursing documentation. BMJ Support Palliat Care, v.Suppl 1, n.A2, p.doi: 10.1136/bmjspcare-2014-000654.148. 2014.

[18] MENDES, K. D. S., R. C. C. P. SILVEIRA, *et al.* Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm, v.17, n.4, p.758-64. 2008.

[19] MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: C. R. Campos, D. C. Malta, *et al* (Ed.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o público. São Paulo: Xamã Editora, 1998. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo as-

sistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência, p.103-120.
[20] Miller, K. R., S. A. Mcclave, *et al.* A tutorial on enteral access in adult patients in the hospitalized setting. JPEN J Parenter Enteral Nutr, v.38, n.3, Mar-Apr, p.282-95. 2014.
[21] MOORE, F. A., D. V. FELICIANO, *et al.* Early enteral feeding, compared with parenteral, reduces postoperative septic complications. The results of a meta-analysis. Ann Surg., v.216, n.2, p.172-83. 1992.
[22] NESPOLI, L., S. COPPOLA, *et al.* The role of the enteral route and the composition of feeds in the nutritional support of malnourished surgical patients. Nutrients, v.4, n.9, p.1230-6. 2012.
[23] NORMA TÉCNICA PARA ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM TERAPIA NUTRICIONAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM nº 0453/2014 Cofen 2014.
[24] NORMAN, K., C. PICHARD, *et al.* Prognostic impact of disease-related malnutrition. Clin Nutr., v.27, n.1, p.5-15. Epub 2007 Dec 3. 2008.
[25] PERES, A. M. E M. H. T. Ciampone. Gerência e competências gerais do enfermeiro. Texto Contexto Enferm., v.15, n.3, p.492-9. 2006.
[26] REGULAMENTO TÉCNICO PARA A TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n° 63 de 06/07/00. 2000.
[27] ROS, C., L. MCNEILL, *et al.* Review: nurses can improve patient nutrition in intensive care. J Clin Nurs., v.18, n.17, p.2406-15. 2009.
[28] SCHNEIDER, A., M. MOMMA, *et al.* Indication for artificial nutrition: enteral and parenteral nutrition. Internist (Berl). v.48, n.10, p.1066-75. 2007.
[29] TRONCHIN, D. M. R., M. M. MELLEIRO, *et al.* A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: P. Kurcgant (Ed.). Gerenciamento em Enfermagem. São Paulo: Guanabara Koogan, 2012. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem, p.71-83.
[30] WAITZBERG, D. L., W. T. Caiaffa, *et al.* Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. Nutrition., v.17, n.7-8, p.573-80. 2001.
[31] WILLIAMS, T. A. E G. D. LESLIE. A review of the nursing care of enteral feeding tubes in critically ill adults: part II. Intensive Crit Care Nurs, v.21, n.1, Feb, p.5-15. 2005.

REFLEXÕES SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

REFLECTIONS ON SYSTEMATIZATION NURSING CARE AND ELECTRONIC MEDICAL RECORD

CLADIS LOREN KIEFER **MORAES**[1], JANELICE **BASTIANI**[2], BARBARA CAROLINA DA **SILVA**[3]

1. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil; **2.** Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. São José, Santa Catarina, Brasil; **3.** Enfermeira. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

* Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima - Trindade, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. CEP: 88040-900.

Recebido em 08/2014. **Aceito** para publicação em 09/2014

RESUMO

Este artigo tem como objetivo refletir sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, utilizando o prontuário eletrônico, como forma de banco de dados disponível aos profissionais da saúde. Estudo descritivo baseado em revisão de literatura de abordagem qualitativa. A enfermagem, como ciência, busca o constante aprimoramento da técnica, pelo conhecimento científico e a possibilidade de troca de conhecimento. O Prontuário Eletrônico do Paciente é um sistema eletrônico, estruturado, abastecido com informações clínicas, sistemáticas, do atendimento aos pacientes na saúde coletiva e hospitalar. Conclui-se, que merece atenção contínua o processo educativo, que acompanha qualquer mudança na rotina de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Sistemas computadorizados de registros médicos, assistência à saúde, cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

This article aims to reflect on the Systematization of Nursing Care, using the electronic medical record, such as the database available to health professionals. Descriptive study based on literature review qualitative approach. Nursing as a science, seeks constant improvement of technique, the scientific knowledge and the possibility to exchange knowledge. The Electronic Patient Record is an electronic system, structured, stocked with clinical, systematic information of patient care in the hospital and collective health. That deserves continued attention the educational process that accompanies any change thus far.

KEYWORDS: Medical record Systems, Computerized; Delivery of health care; Nursing care.

1. INTRODUÇÃO

A enfermagem, como profissão, vivencia inúmeros desafios. No entanto como tantas outras profissões voltadas para área da saúde, o maior destes desafios é a atividade rotineira que possibilita o comodismo e a prática pouco motivadora.

É extremamente comum observar na prática assistencial, ou mesmo nos processos de gestão, a multiplicação de tarefas, bem como a existência de instrumentos capazes de ampliar e tornar mais eficiente o processo de trabalho na enfermagem.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) permite unificar as condutas e organizar a assistência prestada ao paciente (HEIMAR, 2010; ANDRADE, VIEIRA, 2005). Para a elaboração e implementação de um modelo assistencial como, por exemplo, a SAE em um serviço hospitalar, é necessária a realização de um diagnóstico da prática assistencial e do trabalho da equipe de enfermagem, assim como meios eficientes de anotação.

O prontuário eletrônico do paciente (PEP) é um conjunto de registros, feito por diferentes profissionais de saúde, a fim de integrar as informações do paciente (HEIMAR, 2010). O PEP é hodiernamente uma importante ferramenta que possibilita um sistema de informação e apoio, sendo, por sua praticidade, utilizado por toda equipe de saúde como suporte no processo de tomada de decisão.

O prontuário eletrônico utilizado com seriedade rotineiramente, é uma metodologia de trabalho que proporciona ao enfermeiro e a equipe de enfermagem, a anotação da prestação de cuidados individualizados, de forma organizada, como a utilização da SAE (ESPÍNDULA et al., 2007).

O presente estudo busca refletir sobre a Sistematiza-

ção da Assistência de Enfermagem, utilizando o prontuário eletrônico, como forma de banco de dados disponível aos profissionais da saúde.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura com base no modelo analítico de Ganong, seguindo as seis etapas propostas pela autora: a) escolha da questão norteadora; b) escolha dos critérios de seleção da amostra; c) coleta de dados; d) análise crítica dos estudos incluídos; e) discussão dos resultados; f) apresentação da revisão (GANONG, 1987).

A partir da questão norteadora construiu-se o Protocolo de Pesquisa, estabelecendo como critérios de inclusão: 1) artigos publicados na íntegra, em língua portuguesa, em periódicos no período de 2002 a 2014; 2) artigos na íntegra disponíveis por meio eletrônico; 3) artigos que apresentassem um dos descritores *"enfermagem", "prontuário eletrônico";* 4) artigos de periódicos indexados no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nos bancos das bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e a Base de Dados Nacionais da Enfermagem (BDENF).

Estabeleceu-se como critério de exclusão artigos que não atendessem aos critérios de inclusão e que não estivessem no formato de artigo original, como teses, cartas, editoriais, dissertações, resenha, entre outros.

A escolha do ano de 2002 ocorreu em virtude do ano de implantação do prontuário eletrônico no Brasil e 2014 por se tratar do ano atual.

Os 03 artigos encontrados foram lidos, levantaram-se informações a partir do instrumento de coleta: base de dados, título, autores, ano de publicação, periódico, método de pesquisa e resultados dos estudos. As informações coletadas por meio do instrumento foram transferidas para o programa de planilha eletrônica *Microsoft Office Excel versão 12.0*, organizadas e agrupadas buscando-se as semelhanças e as diferenças que constituíram as categorias de análise. Emergiram duas categorias: *Sistematização da Assistência de Enfermagem e Prontuário Eletrônico* do Paciente.

No de revisão integrativa, não há necessidade de submissão a um Comitê de Ética, ressalta-se o respeito às autorias dos artigos pesquisados e às obras referendadas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A UTI, sistematização da assistência de enfermagem

O movimento de organização para o planejamento da assistência de enfermagem tem início na década de 70, com a implantação do Processo de Enfermagem (PE) nas atividades laborais da enfermagem (CAVALCANTE et al., 2011).

No Brasil, na mesma década, a Enfermeira Wanda de Aguiar Horta inicia os estudos das necessidades humanas básicas, dando início a utilização da SAE (CAVALCANTE et al., 2011).

A SAE é a metodologia que visa organizar e configurar a assistência prestada ao paciente, baseada em princípios e conhecimentos científicos, permite identificar as necessidades afetadas, prescrever os cuidados necessários, avaliar a assistência, além de promover segurança ao enfermeiro durante seu trabalho (CAVALCANTE et al., 2011).

A promoção da SAE é garantida na resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que normatiza que o PE ocorra em cinco etapas: Coleta de Dados ou Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação, garante ainda que se pratique a SAE em todas as instituições de saúde pública e privada (COFEN, 2009).

Segundo a resolução 358/2009 do COFEN, as cinco etapas estão interelacionadas, interdependentes e recorrentes:

- Coleta de dados de Enfermagem ou Histórico de Enfermagem - o Enfermeiro dispõe de várias estratégias e técnicas, nessa etapa, para obter dados, informações e respostas sobre o paciente, família ou coletividade, num determinado ponto do processo saúde e doença.
- Diagnóstico de Enfermagem - nessa etapa o Enfermeiro procede a interpretação e agrupamento das informações extraídas na coleta de dados. As respostas produzidas nessa etapa sustentaram a seleção das ações e intervenções selecionadas, para a resolução do processo saúde e doença.
- Planejamento de Enfermagem - o Enfermeiro determina os resultados que pretende alcançar, através da aplicabilidade das ações e intervenções selecionadas no alcance da resolução dos Diagnósticos de Enfermagem.
- Implementação - ocorre nessa etapa, a execução das ações e intervenções de enfermagem, propostas no Planejamento de Enfermagem pelo Enfermeiro.
- Avaliação de Enfermagem - a avaliação do Planejamento de Enfermagem acontece de forma deliberada, sistemática e contínua. O Enfermeiro tem como intuito verificar as mudanças produzidas no paciente, família ou coletividade, no dado momento do processo saúde e doença (COFEN, 2009).

A literatura mostra que a utilização da SAE promove maior comprometimento da assistência, padronização dos procedimentos, melhora a relação dos envolvidos no processo saúde doença, acentua o compromisso, a valorização e a produtividade dos profissionais da equipe de saúde, o que reflete positivamente na qualidade do cuidado prestado ao paciente, família e coletividade (BEZERRA et al., 2007).

Neste sentido, a enfermagem, como ciência, deve buscar o constante aprimoramento de técnicas e de recursos, não só a busca pelo conhecimento científico e sua consequente atualização, como também pela possibilidade de troca de conhecimento e de experiências entre profissionais.

A elaboração da SAE nas atividades rotineiras tem como fraqueza, no seu exercício, a sobrecarga de trabalho e o uso da caneta e do papel, que causa descuido, por parte da equipe de enfermagem, a anotação de informações sobre o processo saúde e doença. Papéis preenchidos são arquivados e desprezados na elaboração do diagnóstico de doença do paciente, família e coletividade.

O advento da tecnologia nos serviços de saúde, aliado a prática profissional, tende que a equipe de saúde repense, sobre a informação e a informática no ambiente de trabalho, quanto ao avanço da qualidade de saúde da população. Dentre esse avanço, surge o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) como ferramenta importante no avanço de centralização e acessibilidade das informações do processo saúde doença (STAGGERS; THOMPSON, 2002).

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

Na década de 60, surgem as primeiras orientações para que as informações do trabalho médico fossem catalogadas por problema médico, em 1972 o *National Center for Health Services Research and Development* organizou um encontro para discussão sobre como estruturar as anotações em prontuários ambulatoriais. Outro marco aconteceu em 1991 nos Estados Unidos, onde um estudo do Institute of Medicine defini parâmetros para o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) (DICK; STEEN; DETMER, 1997).

O PEP é um sistema eletrônico, estruturado por médicos e enfermeiros, abastecidos com informações clínicas, sistemáticas, do atendimento aos pacientes na saúde coletiva e hospitalar, com intuito de auxiliar os usuários do sistema, ao acesso de informações do status do paciente atendido na rede de saúde (MARIN; MASSAD; AZEVEDO NETO, 2003).

No Brasil, a Rede Interagerencial de Informações em Saúde (Ripsa) padronizou o conjunto de informações do PEP, utilizado no Sistema Único de Saúde, com objetivo de promover a produção técnico-científica em saúde, no diagnóstico e embasamento das ações nos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

O PEP apresenta como vantagens ser um aliado do sistema de informação institucional e gerencial, armazenando informações sobre o paciente, até então registrados em papéis, traz melhoria no acesso interinstitucional e multiprofissional, apresenta segurança nas informações, recursos de acessibilidade, troca eletrônica instantânea de informação, agilidade e confiabilidade (COSTA, 2001).

Como desvantagens são identificadas, os investimentos em hardware, software e treinamento de pessoal, os profissionais podem ter dificuldades em acostumar-se e habituar-se a utilizar o sistema eletrônico e em mensurar a melhora do uso da ferramenta, nas atividades habituais da equipe de saúde (COSTA, 2001).

Com o PEP, além das informações clínicas cotidianas, é possível utilizá-lo como porta de entrada dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS), promovendo a descentralização do acesso das informações em saúde, conferindo agilidade na análise, divulgação e ação em saúde (SES-SC, 2014; GODOI et al., 2012).

Os primeiros sistemas de informações são preocupação desde a década de 40, quando inferiu-se a subnotificação de nascidos e vivos e na década de 60 com a criação dos sistemas de informações hospitalares, como maneira de controle administrativo e médico[9-10].

No atendimento da enfermagem, utilizando o PEP, é possível inserir dados vitais, antropométricos, procedimentos de enfermagem como vacinação, curativos, entre outros, agendar consulta de enfermagem, agendar consultas com outros membros da equipe de saúde, gerar relatórios de produção, relatórios de faltosos, enfim inúmeras possibilidades proporcionadas pela tecnologia (GODOI *et al.*, 2012).

Na consulta de enfermagem as possibilidades são infinitas, para agilizar o atendimento com qualidade, como pré cadastrar o paciente nos inúmeros programas de saúde, realizar a digitação do atendimento prestado com a utilização da SAE e atividades realizadas nas visitas domiciliares. O PEP ainda auxilia o enfermeiro na elaboração dos relatórios gerenciais, relatórios dos sistemas de informação, planejamento das ações de saúde, geração de relatório do número de inscrição nos programas de saúde, relatório de solicitação de exames, prescrição de medicamentos dos protocolos dos quais os enfermeiros estão capacitados, notificação dos agravo e doenças de notificação compulsória e relatórios dos sistemas de informações de saúde (GODOI *et al.*, 2012).

No ambiente da hospitalar, o PEP contribui como inovação tecnologia aliando planejamento, informação e comunicação, proporcionando agilidade, eficiência e eficácia em gestão no trabalho da equipe de enfermagem e equipe de saúde (FARIAS *et al.*, 2011; BALBINOT *et al.*, 2008).

4. CONCLUSÃO

A educação da equipe de enfermagem e de saúde, deve ser priorizada, para se alcançar êxito nas anotações de enfermagem e de outros membros da equipe, no Prontuário Eletrônico do Paciente.

O ambiente da saúde pública, tanto na área coletiva e hospitalar, é um sistema complexo e pouco orientado para os avanços tecnológico no serviço, inferindo inutilidade das anotações do cuidado, priorizando dados de sinais vitais e antropométricos.

A visão holística do homem, família e sociedade, va-

le também para a inovação das práticas de saúde e para a formação profissional, que nada mais é do que um processo constante de construção e desconstrução do conhecimento técnico-científico.

É extremamente importante, possibilitar à instituição de saúde e aos profissionais, a percepção de que a tecnologia oferece ferramentas para a prática do cuidado, melhorando a qualidade da assistência prestada, através da implementação de novas tecnologias que emergem da necessidade da própria prática assistencial.

O campo de atuação dos profissionais de enfermagem torna-se um ambiente possível de transformação constante, local de interação saudável na ampliação do conhecimento científico, baseado em evidências. Outro fator, que merece atenção especial e contínua, é o processo educativo que deve acompanhar qualquer processo de mudança.

REFERÊNCIAS

[1] ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática Assistencial de Enfermagem: Problemas, perpectivas e necessidade de sistematização. Rev. Bras. Enferm., v. 58, n. 3, p.261-65, mai/jun 2005;.

[2] BALBINOT, J. G. R.; SIQUEIRA, E. F.; SILVA, J.; SILVA, J. A.; BASTIANI, J. A. N. Rastreamento, notificação e implementação de ações de vigilância relacionadas à transmissão vertical de hepatite b. Cogitare Enferm, v. 13, n. 2, p.261-67, abr/jun 2008.

[3] ESPÍNDULA, M.; FONSECA, C. G.; ALVES, C. S.; REIS, P. M. R. A Sistematização da Assistência de Enfermagem e o enfermeiro no serviço de Emergência: Um estudo bibliográfico. Revista eletrônica de enfermagem do centro de estudos de enfermagem e nutrição, v. 1, n. 1, p.1-16, jan/jul 2007.

[4] BRASIL. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

[5] CAVALCANTE, R. B.; OTONI, A.; BERNARDES, M. F. V. G.; CUNHA, S. G.; SANTOS, C. S.; SILVA, P. C. Experiências de sistematização da assistência de enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico. R. Enferm. UFSM, v. 3, n. 1, p.461-71, set/dez 2011.

[6] CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN 358-2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos e

[7] privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. 2009. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html> Acesso em 30 de abril de 2014].

[8] COSTA, C. G. A. Desenvolvimento e Avaliação Tecnológica de um Sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente, Baseado nos Paradigmas da World Wide Web e da Engenharia de Software. Campinas, 2001. 288f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <http://www.medsolution.com.br/claudio/dissertacao/Dissertacao_Claudio_Giulliano_PEP.pdf> Acesso em 30 de abril de 2014.

[9] DICK, R. S.; STEEN, E. B.; DETMER, D. E. The Computer-based Patient Record: An Essential Technology for Health Care. Washington: National Academy Press; 1997. Disponível em: <http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=5306> Acesso 30 de janeiro de 2014.

[10] FARIAS, J. S.; GUIMARÃES, T. A.; VARGAS, E. R.; ALBUQUERQUE, P. H. M. Adoção de prontuário eletrônico do paciente em hospitais universitários. Revista de Administração Pública, v. 45, n. 5, p.1303-326, set/out 2011. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewArticle/7037. Acesso 30 de abril de 2014.

[11] GANONG, L. H. Integrative Reviews of Nursing. Rev Nurs Health; v.10, n. 1, p.1-11, 1987.

[12] GODOI, J. S. M; GONÇALVES, L. S.; PERES, A. M.; WOLFF, L. D. G. O uso do prontuário eletrônico por enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde brasileiras. J. Health Inform., v. 4, n. 1, p.3-9, jan/mar 2012.

[13] HEIMAR, F. M. Sistemas de informação em saúde: Considerações Gerais. J. Health Inform., v. 2, n. 1, p.20-4, jan/mar 2010

[14] MARIN, H. F; MASSAD, E.; AZEVEDO NETO, R. S. Prontuário Eletrônico do Paciente: Definições e Conceitos. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo: 2003. 213p. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/site/arquivos/prontuario.pdf> Acesso 20 de fevereiro de 2014.

[15] SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA (SES-SC). Sistemas de Informação. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/Sistemas_de_Informacao/SistemasInformacaoSaude.pdf> Acesso 23 de abril de 2014

[16] STAGGERS, N.; THOMPSON, C. B. The evolution of definitions for nursing informatics: a critical analysis and revised definition. JAMIA, v. 9, n. 3, p.255-61, 2002.

INFLUÊNCIA DO AMBIENTE FAMILIAR NO DESENVOLVIMENTO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

INFLUENCE OF FAMILY ENVIRONMENT ON THE DEVELOPMENT OF FEEDING BEHAVIOR

MARIANA MILANI **PEREIRA**[1], REGINA MARIA FERREIRA **LANG**[2]*

1. Aluna do curso de graduação em Nutrição da Universidade Federal do Paraná (UFPR); **2.** Professora Mestra do Curso de Nutrição da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

* Rua Padre Camargo, 280, Alto da Glória, Curitiba, Paraná. CEP: 80060-240

Recebido em 082014. **Aceito** para publicação em 09/2014

RESUMO

Diversos fatores contribuem para a formação do comportamento alimentar. As experiências nos primeiros anos de vida são primordiais para o aprendizado das crianças no desenvolvimento de suas preferências alimentares tornando, a família, a principal influência nesta fase. Hábitos alimentares saudáveis previnem o desenvolvimento de doenças, portanto devem ser estimulados desde os primeiros anos de vida. O objetivo desta pesquisa é apresentar os principais fatores no desenvolvimento do comportamento alimentar de crianças e mostrar a significativa importância do ambiente familiar nesta fase. A pesquisa descritivo-reflexiva foi efetuada em livros e artigos. Foram utilizados descritores em inglês e em espanhol, além do português, para obter maior variedade de estudo. Os estudos apresentaram significativa influência do ambiente familiar na formação do comportamento alimentar. A fase pré-escolar é decisiva nesta formação, e os hábitos construídos neste período se estenderam ao longo da vida. Conclui-se, neste estudo, que a família é crucial no desenvolvimento do comportamento alimentar e deve ser orientada adequadamente para ensinar seus filhos a se alimentarem.

PALAVRAS-CHAVE: Comportamento alimentar; relações familiares, preferências alimentares, educação alimentar e nutricional.

ABSTRACT

Several factors contribute to the formation of feeding behavior. The experiences in the first years of life are crucial for children's learning in the development of food preferences making, the family, the main influence at this stage. Healthy eating habits prevent the development of diseases therefore should be encouraged from early life. The objective of this research is descriptive-reflective present the main factors in the development of children's eating behavior and show the significant importance of the family environment at this stage. The research was carried out in books and articles. Descriptors in English and Spanish were used in addition to the Portuguese, for greater variety of study. The studies showed a significant influence of the family environment in shaping eating behavior. The preschool is decisive in this formation, and habits built in this period extended over a lifetime. In conclusion, in this study, that the family is crucial in the development of eating behavior and should be advised to adequately teach their children to eat.

KEYWORDS: Feeding behavior, family relations, food preferences, food and nutrition education.

1. INTRODUÇÃO

As DCNTs possuem como principais causas fatores modificáveis e a alimentação inadequada é um deles. Existem diversas ações e políticas de saúde que buscam advertir e instruir a população sobre os riscos da má alimentação. Entretanto, muitos são voltados para a coletividade, quando a criança já está na escola e recebeu educação alimentar de sua família que, muitas vezes, possuem comportamento alimentar inadequado (BRASIL (b), 2011).

Para promover mudanças duráveis na alimentação das crianças e, consequentemente, possíveis melhorias para a saúde, deve-se compreender de que maneira as escolhas alimentares da família determinam a ingestão alimentar da criança e como estas escolhas alimentares de desenvolvem até a formação de um hábito alimentar.

Neste contexto, este estudo teve como objetivo descrever sobre os fatores influenciáveis na formação do comportamento alimentar até a idade escolar, buscando expor, principalmente, a importância significativa do ambiente familiar sobre esta formação.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo baseou-se em pesquisa descritivo-reflexiva, com dados fundamentados na literatura sobre a significativa importância do ambiente familiar sobre a formação do comportamento alimentar até a i-

dade escolar, descreveu-se os principais fatores contribuintes no desenvolvimento do comportamento alimentar e aprofundou-se no ambiente familiar, fator que se encontra em várias fases da vida e um dos mais influentes.

A busca dos estudos foi efetuada em livros técnicos e revistas científicas das bases de dados: *MedLine*, *Scielo* e *Lilacs*, tanto em literatura nacional como internacional para se obter maior diversidade de pesquisas, tendo como palavras-chave: comportamento alimentar, relações familiares, preferências alimentares e educação alimentar e nutricional. Foram, também, usadas as palavras em inglês: *feedingbehavior*, *familyrelations*, *foodpreferences* e *foodandnutritioneducation*; e em espanhol: *conducta alimentaria*, *relaciones alimentares*, *preferencias alimentaria*se *educación alimentaria y nutricional*.

3. DESENVOLVIMENTO

O comportamento alimentar humano é formado por meio da aprendizagem adquirida pelas experiências alimentares. Essas experiências iniciam-se durante a gestação e se modificam com a lactação e a introdução de alimentos durante toda vida, sendo influenciada por vários fatores (VIANA; SANTOS; GUIMARÃES, 2008).

Estes são divididos em duas categorias: externos ou ambientais, tais como família, cultural, renda, regionalismo, tabus alimentares, mídia; e internos ou fisiológicos, como aprendizagem, motivação, emoção, genética (RAMOS; STEIN, 2000; QUAIOTI; ALMEIDA, 2006; AGUIAR; AGUIAR; GUEDES, 2013).

Desta maneira, estes fatores formarão a prática alimentar da criança e, assim, repercutirá ao longo de seu crescimento e de seu desenvolvimento. Portanto, má formação do comportamento alimentar poderá acarretar no aparecimento de doenças como diabetes tipo II, cardiopatias, síndrome metabólica e outras comorbidades associadas aos crescentes índices de obesidade encontrada atualmente entre crianças e adultos. (OLIVEIRA et al., 2012).

É comum pensar que o leite materno é o primeiro alimento influente na formação do hábito alimentar. Entretanto, algumas pesquisas mostram a possibilidade de que experiências na vida intrauterina contribuem para uma predileção em alguns sabores. Estes estudos descrevem que o líquido amniótico é aromático e seu odor é influenciado pela dieta da mãe (VALLE; EUCLYDES, 2007; DOMÍNGUEZ, 2014). Segundo Ventura e Worobey (2013), a presença dos sistemas gustativo e olfativo no útero proporciona a oportunidade para um aprendizado sensorial precoce o qual, teoricamente, prepara o feto para experiências pós-natal.

É neste período que o bebê experimenta o primeiro alimento, leite materno, o qual apresenta influente papel no desenvolvimento do comportamento alimentar e, novamente, percebe-se a dieta da mãe como fator principal para estabelecer o comportamento alimentar nesta fase (VALLE; EUCLYDES, 2007).

Segundo Domínguez (2014), sabores oriundos da alimentação da mãe são transmitidos pelo leite materno através da amamentação e, essa exposição precoce, pode resultar no desenvolvimento da capacidade de resposta preferencial aos sabores e odores relacionados com estes alimentos que permanecem observáveis em todo o desmame.

Nos primeiros seis meses de vida, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo, sendo definida pela ingestão única e exclusiva do leite materno, o qual proporcionará todos nutrientes e energia necessária para o desenvolvimento da criança, sem outros líquidos ou sólidos, exceto com a possibilidade de utilização de alguns suplementos medicamentosos (WHO, 2007).

Desta forma, todo este tempo a alimentação da mãe estará influenciando na formação do comportamento alimentar do bebê, sendo possível perceber que hábitos inadequados da mãe poderão acarretar em hábitos alimentares inadequados no futuro desta criança (ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008).

Após estes seis meses a OMS recomenda a introdução de alimentos complementares nutricionalmente adequados, inócuos e culturalmente apropriados, com manutenção da amamentação por dois anos ou mais (WHO, 2002; WHO, 2001). Sendo assim, a criança deve ser estimulada a experimentar diversos sabores. Sabe-se que a rejeição pelo alimento desconhecido pode acontecer, fato conhecido como neofobia alimentar, erroneamente interpretada como aversão. Portanto, deve-se instruir a família de que são necessárias pelo menos dez exposições para que o alimento possa se incorporar na alimentação da criança (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

“A preferência por determinado tipo de alimento decorre de um processo de aprendizagem. Dessa forma, as crianças aprendem a ter maior preferência pelos alimentos que são oferecidos com maior frequência. Para facilitar a aceitação de uma alimentação variada, a criança deve ser exposta, em tempo oportuno, aos diferentes tipos de alimentos ainda no primeiro ano de vida” (SBP, 2006).

Com isso, nota-se que a exposição a um determinado tipo de alimento dependerá da família. Serão os mesmos alimentos que compõem a mesa e os hábitos alimentares desta família. Desta forma, precisa-se explicar a importância de como deve ser feita essa introdução de alimentos sendo necessária, muitas vezes, a mudança de comportamento alimentar da família. Neste momento, aborda-se cautelosamente este assunto mostrando a importância dessa melhora (ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008).

Segundo Dias, Freire e Franceschini (2010), altera-

ções no crescimento e desenvolvimento da criança, nesta fase, reflete as condições de vida intrauterina e de fatores ambientais, dentre os quais se destaca o estado nutricional. Dessa forma, alterações de crescimento nesse período têm como causa mais provável o *déficit* nutricional pregresso ou atual.

As crianças possuem uma forma de aprendizado que requer muita cautela, que é observando as atitudes das pessoas que estão ao seu redor. E, normalmente, costumam ser seus pais e/ou irmãos. Assim sendo, é provável que venham a querer os mesmos alimentos que estes ingerem, mostrando que é inegável que escolhas inadequadas pelos pais ao se alimentar irá influenciar a criança a optar pelas mesmas escolhas inadequadas (ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008).

Aos poucos a criança é inserida à sociedade e inicia sua fase escolar, assim, ocorre a convivência com outras crianças e novas experiências a serem explorada se, apesar de já apresentarem algumas preferências alimentares definidas, as crianças aceitam facilmente novas preparações alimentares (BRASIL, 2009).

O ambiente escolar exerce importante função na formação do comportamento alimentar. Há uma grande tendência em repetir o comportamento de professores e outras crianças, o que pode ser bom ou ruim. Por isso, deve-se ofertar e estimular a ingestão de alimentos saudáveis neste ambiente. As preferências alimentares mudam em consequência das experiências e do aprendizado, portanto hábitos inadequados nesta idade ainda podem ser transmutados (LAZARI *et al*., 2012).

Nesta idade a criança já tem contato com a televisão, consequentemente, mídia e propaganda atuam como fatores influenciáveis na formação do comportamento alimentar. Viana, Santos e Guimarães (2008), descrevem que a mídia é um forte determinante que pode motivar e/ou atrapalhar as crianças na hora de escolher o que comer pois são manipuladoras e tendenciosas que ditam hábitos, quase sempre, não saudáveis. E, além das propagandas, as crianças passam cada vez mais tempo em frente à televisão, internet e jogos de computador, envolvendo-se menos em brincadeiras que incluem a prática de atividades físicas.

Além de não se exercitarem, ao assistir televisão as crianças consomem preferencialmente alimentos com excesso de açúcar e gorduras em sua composição. Este conjunto de hábitos reflete no desenvolvimento de doenças, como obesidade, doenças cardiovasculares e diabetes tipo II. A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, mostrou um aumento significativo de obesos na faixa etária entre 5 e 9 anos de idade, desde o ano de 1989 o aumento foi mais de 300% (4,1% em 1989 para 16,6% em 2008-09) (VIANA; SANTOS; GUIMARÃES, 2008; BRASIL (b), 2011).

Mostraram-se vários fatores existentes que influenciam o desenvolvimento do comportamento alimentar até na fase escolar de um indivíduo e, pôde-se perceber a forte presença do ambiente familiar. As experiências dos primeiros sabores são estimuladas pela família através de seu hábito alimentar (ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008).

Alguns estudos relatam que o comportamento alimentar do pré-escolar é determinado primeiramente pela família, e em seguida pelas interações psicossociais e culturais da criança (LAZARI *et al*., 2012).

"Sabe-se que fatores genéticos e ambientais podem interagir para produzir as preferências alimentares, mas a questão de como isso acontece é um problema complexo, já que os pais proporcionam tanto os genes da criança quanto o ambiente ao qual ela será exposta. Uma compreensão de como as preferências alimentares das crianças são adquiridas é essencial no desenvolvimento de estratégias para melhorar a qualidade do consumo alimentar infantil" (OLIVEIRA *et al*., 2012).

Sendo assim, Lazari*et al*. (2012) mostra, em seu estudo, que a fase pré-escolar é um período decisivo na formação do comportamento alimentar e, este, tende a continuar na vida adulta, por isso a importância de estimular hábitos alimentares saudáveis, através de uma alimentação variada e equilibrada.

A formação de preferências alimentares é influenciada pelos pais através dos estilos e práticas parentais na alimentação do ambiente emocional durante as refeições, da modelagem, das crenças dos pais acerca da alimentação e de fatores sócio-demográficos (VIVEIROS, 2012).

A educação nutricional, segundo Lazari *et al*. (2012), deve utilizar-se da união das experiências do educador e do educando para tornar os sujeitos autônomos e seguros para realizarem suas escolhas alimentares de forma a garantir uma alimentação saudável e prazerosa, propiciando então, o atendimento de suas necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais.

Assim, a orientação nutricional deve se direcionar à família. É importante que transmitir informações nutricionais, mudar crenças relativas à alimentação e orientar adequadamente os pais sobre a importância da alimentação saudável (COELHO; PIRES, 2014).

4. CONCLUSÃO

Vários são os fatores que contribuem para a formação do comportamento alimentar, mas o ambiente familiar pode ser considerado o de maior impacto para as crianças. Assim, a família deve se possível e necessário, ser acompanhada por um profissional nutricionista para receber as orientações adequadas à formação de hábitos alimentares saudáveis. Reforça-se que o comportamento alimentar saudável previne o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis - DCNTs.

A presente revisão de literatura apontou que os pais possuem função relevante na formação de hábitos alimentares, pode ensinar seus filhos à prática da alimentação saudável, mas, para isso, é necessário que possuam

comportamento alimentar adequado.

É preciso trabalhar em conjunto com a família e as crianças, orientando e estimulando, sempre, a busca pela melhora na alimentação.

REFERÊNCIAS

[1] AGUIAR, C. R. R. A., AGUIAR, M. J. L., GUEDES, R. C. A. Bases neurofisiológicas e neuroquímicas do comportamento alimentar. In: ALMEIDA, S. S. COSTA, T. M. B., LAUS, M. F., STRAATMANN, G. Psicobiologia do comportamento alimentar. Rio de Janeiro: Rubio, 2013. p. 1-9.

[2] BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos.Grupo Hospitalar Conceição. Gerência De Saúde Comunitária. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009.

[3] BRASIL (b). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamento Familiar 2008-2009. Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro, 2011.

[4] BRASIL (a). Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

[5] COELHO, H. M., PIRES, A. P. Relações familiares e comportamento alimentar. Psic.: Teor. e Pesq. Brasília, v.30, n. 1, jan./mar. 2014.

[6] COUTINHO, J. G., GENTIL, P. C., TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2008.

[7] DIAS, M. C. A. P., FREIRE, L. M. S., FRANCESCHINI, S. C. C. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. Rev. Nutr., Campinas, v. 23, n. 3, 2010.

[8] DOMÍNGUEZ, P. R. DevelopmentandAcquisitionofFlavorandFoodPreferences in Children: An Update Until 2010. JournalofFoodResearch, Toronto, v. 3, n. 1, jul/nov. 2014.

[9] LAZARI, T. A., SANTOS, F. G. R., OLIVEIRA, S. S. I., URBANO, L. S. Importância da educação nutricional na infância. In: CONGRESSO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 6., 2012, Londrina: Unifil. 2012.

[10] OLIVEIRA, A. S., SILVA, V. A. P., ALVES, J. J., FAGUNDES, D., PIRES, I. S. C., MIRANDA, L. S. Hábitos alimentares de pré-escolares: a influência das mães e da amamentação. Alim. Nutr., v. 23, n. 3, p. 377-386, jul/set. 2012.

[11] QUAIOTI, T. C. B., ALMEIDA, S. S. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. Psicologia USP, v. 17, n. 4, p. 193-211, 2006.

[12] RAMOS, M., STEIN, L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. Jornal de Pediatria, v. 76, n. 3, p. 229-237, 2000.

[13] ROSSI, A., MOREIRA, E. A. M., RAUEN, M. S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. Rev. Nutr., v. 21, n. 6, p. 739-748, nov./dez., 2008.

[14] SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Manual de orientação para alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. São Paulo, 2006.

[15] VALLE, J. M. N., EUCLYDES, M. P. A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. Revista APS, v.10, n.1, p. 56-65, jan./jun. 2007.

[16] VIANA, V., SANTOS, P. L., GUIMARÃES, M. J. Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. Psic., Saúde e Doença, v. 9, n. 2, 2008.

[17] VIVEIROS, C. C. O. Estudo do comportamento alimentar, preferências alimentares e neofobia alimentar em crianças pré-escolares e da eficácia de um programa de promoção de comportamentos alimentares saudáveis em contexto escolar: um estudo exploratório. 2012. 55 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia De Lisboa, Universidade de Lisboa, 2012.

[18] WARDLE, J. Eating behaviour and obesity. Obes Rev,v. 8 (Suppl 1), p. 73-5, 2007.

[19] WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Guindingprinciples for complementaryfeedingofthebreastfedchild, 2001.

[20] WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The optimaldurationof exclusive breastfeeding: a systematicreview, 2002.

[21] WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Indicators for assessinginfantandyoungchildfeedingpractices. Conclusionsof consensus meeting held 6-8 November 2007, 2007.

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 Ensaios Clínicos, exige-se o registro dos estudos de Ensaios Clínicos em base de dados conforme recomendação aos editores da LILACS e SCIELO disponível em: http://espacio.bvsalud.org/boletim.php?articleId=05100440200730. O nome da base de dados, sigla e/ou número do Ensaio 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: mastereditora@mastereditora.com.br

A submissão pode ser feita eletronicamente pelo site www.mastereditora.com.br após o cadastro do autor

UNINGÁ – Unidade de Ensino Superior Ingá Ltda.
Rodovia PR 317, 6114, CEP 87035-510 – Maringá – Paraná – Brasil.

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 para a REVISTA UNINGÁ, quando solicitado, no formato PDF, após datado e assinado por todos os autores.

Para envio utilize o e-mail: mastereditora@mastereditora.com.br