

RECIFAQUI

**Revista Científica da Faculdade
Quirinópolis**

ANO 8 - Nº. 8 - Vol .2 jul/dez 2018

Copyright 2018 by Faculdade Quirinópolis
REVISTA CIENTÍFICA DA FACULDADE QUIRINÓPOLIS

Equipe Técnica

Coordenador responsável: Dr. Gilson Xavier de Azevedo

Revisão Ortográfica:

Ma. Fabiana Rosa Moraes e Ma. Janice Aparecida de Azevedo

Diagramação: Gilson Xavier de Azevedo

Catálogo: Wivia Mota (Biblioteca da Faculdade Quirinópolis)

Arte da Capa: Leon Alves Corrêa

CIP – Brasil – Catalogação na fonte
BIBLIOTECA DA FACULDADE QUIRINÓPOLIS

R297 RECIFAQUI: Revista Científica da Faculdade Quirinópolis.
/ Faculdade Quirinópolis. V. 2, n. 8 (Jul./dez.
2018). – Quirinópolis, Editora IGM, 2018.

160 p.: il.

Semestral

ISSN 2237-325x

1. Administração. 2. Agronomia. 3. Direito. 4. Saúde.
5. Educação. 6. Humanidades. I. Faculdade Quirinópolis
CDU: 001.8(051)

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS -É proibida a reprodução total ou parcial da obra, de qualquer forma ou por qualquer meio sem a autorização prévia e por escrito da autora. A violação dos direitos autorais (Lei nº 9610/98) é crime estabelecido pelo artigo 148 do Código Penal Brasileiro.

IMPRESSO NO BRASIL
Printed in Brazil 2018

RECIFAQUI

**Revista Científica da Faculdade
Quirinópolis**

**Quirinópolis, GO
Dezembro de 2018**

**CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DO SUDOESTE GOIANO
FACULDADE QUIRINÓPOLIS - FAQUI**

Av. Quirino Cândido Cardoso, 38 – Centro – CEP 75860-000 Quirinópolis, GO

EXPEDIENTE

Diretora Geral: Anésia Ferreira dos Santos

Diretor Acadêmico: Marcos Divino Ferreira dos Santos

Coordenadora Pedagógica: Maria da Felicidade Alves Urzedo.

Secretária Acadêmica: Simone Maria Ferreira dos Santos.

COMISSÃO EDITORIAL

Gercimar Martins Cabral Costa

Gilson Xavier de Azevedo

Leon Alves Correa

CONSELHO EDITORIAL

Gilson Xavier de Azevedo (Presidente)

Cláudio Silva Teixeira

Daniela Ferreira Martins

Jean Marc Nacife

Janice Aparecida Azevedo Fernandes

Laís da Conceição da Silva

Marcos Divino Ferreira dos Santos

Mírian Maria de Paula

Regina Maria Pasquali

Reynaldo Ipuã Camargo Mello

Sergio Martins de Oliveira

CONSELHO CONSULTIVO

Dr. Eloy Alves Filho (UFV)

Dra. Estefânia Naiara Da Silva Lino (UNIRV)

Dr. Gilson Xavier de Azevedo (UEG/FAQUI)

Dr. Helieder Côrtes Freitas (UEMG/Ituiutaba)

Dr. José Querino Tavares Neto (PUC/GO)

Dr. Leandro Aparecido de Souza (FAQUI)

Dr. Rildo Mourao Ferreira (UNIRV)

Dra. Rafaella Belchior Brasil (FAQUI)

Dra. Rejane Silva Guimarães (UNIRV)

Dra. Vonedirce Maria Santos Borges (FAQUI)

Dr. Wenceslau Gonçalves Neto (UFU)

Dr. Ycarim Melgaço Barbosa (PUC/GO)

EDITORIAL

A Faculdade Quirinópolis e a Faculdade João Paulo II, como instituições de ensino superior que têm como função desenvolverem o tripé: ensino, pesquisa e extensão. É preciso divulgar as produções científicas construídas nesse tripé, para irem além-fronteiras a fim de contribuir com o crescimento de Quirinópolis e região. Os grupos de pesquisas científicas formados por docentes e discentes atuam nesse sentido desde 2011, quando publicaram a primeira revista científica – RECIFAQUI que tem como intuito trocar experiências nas áreas do saber dos cursos, e socializar os resultados e provocar discussões no campo acadêmico.

A criação da RECIFAQUI em 2011 partiu da aspiração da diretora geral Anésia Ferreira Santos, e da comunidade científica formada pela coordenadora pedagógica Maria da Felicidade Alves Urzedo, dos coordenadores e dos docentes, Jean Marc Nacife, Paulo Henrique Garcia Andrade, Mirian Maria de Paula, Sergio Martins de Oliveira, Leon Alves Correa, Daniela Ferreira Martins, Janice Aparecida Azevedo, Regina Maria Pasquali, Josemir do Carmo, Viviana Cristina de Souza Carvalho, Adriana Vieira Macedo Brugnoli, Ana Paula Fontana, Raoni Ribeiro Guedes Fonseca Costa, Kaio de Bessa Santos, Fabiana Rosa Moraes, Diony Tarso Ferreira, Gercimar Cabral Costa, Nilo Vieira Borges, dentre outros pesquisadores pioneiros.

Trata-se de um periódico anual, impresso e estruturado por área de cada curso. Para ele são aceitos trabalhos em português e espanhol na forma de artigos resultantes de trabalhos monográficos da Graduação e da Pós-Graduação, conferências, ensaios bibliográficos, entrevistas, notas de pesquisa, resenhas, resumos de dissertações ou teses, relatos de experiências e traduções.

Publica ainda artigos referente às apresentações realizadas ao longo dos eventos e Congresso de Pesquisa e Extensão dos cursos. O conteúdo dos artigos deve ser original conter originalidade, e expressando um avanço no conhecimento científico, notadamente aquele que revela a busca pela convergência entre o conhecimento teórico e a prática. Estes devem caracterizar-se como temáticos e em fluxo contínuo, integrados às respectivas áreas dos cursos da FAQUI e FAJOP. Todos os

manuscritos são avaliados por pares e ad hoc, sendo submetidos submetendo-se aos mesmos procedimentos e rigor de avaliação.

Os resultados, parciais ou conclusivos, publicados, devem considerar a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade. E deve conter os nomes dos professores orientadores. O público-alvo leitor são os alunos, professores, escritores e pesquisadores das áreas de Ciências Naturais e Tecnológicas, Ciências da Saúde, Ciências Humanas, Ciências Sociais Aplicadas, Artes, Comunicação e afins.

Os textos publicados na revista, contribuem para a difusão da ciência, considerando as diferentes perspectivas teórico-metodológicas, em tempos e espaços diversos, no sentido de fomentar o intercâmbio de pesquisas de abrangência regional e local. É a partir do diálogo entre as diversas áreas do conhecimento, nas disciplinas dos doze cursos da FAQUI e da FAJOP, que promover o debate e compartilhamento de experiências exitosas.

Os artigos despontam motivados pelos atuais acontecimentos nas diversas áreas dos cursos da FAQUI e FAJOP e em um contexto no qual docentes e discentes e saberes ocupam espaços de debate no cotidiano, seja na esfera pessoal, profissional ou nos coletivos que trabalham com os processos do ensinar e do aprender.

O Conselho Editorial, presidido pela Profa. Mestra Maria da Felicidade Alves Urzedo, é formado por professores e coordenadores especialistas, mestres e doutores das áreas do conhecimento da FAQUI, FAJOP e de Universidades de Goiás e Minas Gerais. Os textos enviados são examinados pelo Conselho Editorial que se reúne regularmente para discutir cada número e, também, por especialistas ad hoc, avaliação cega - que emitem parecer técnico.

Motivo de inquietação O que preocupa é a constatação de que boa parte da produção permanece restrita às bibliotecas ou aos arquivos dos autores e dos leitores onde é produzida. É preciso que cresça o número de artigos, da produção científica. Surge aqui um Coloco desafio aos pesquisadores docentes e discentes da FAQUI e FAJOP para que busquem em buscarem mais formas para a apresentação pública dos seus resultados, por meio dos vários canais disponíveis como a RECIFAQUI, eventos, estudos em sala de aula, palestras, redes sociais, dentre outros.

A continuidade e crescimento da RECIFAQUI, além da exigência de socialização da produção que ainda é escassa, em todos os cursos, pela pouca publicação de trabalhos tanto de professores como de alunos,

depende da formação de mais grupos de pesquisa que integram os cursos da FAQUI e da FAJOP, Ambas que têm uma produção científica significativa, com resultados valiosos que precisam ser divulgados para a comunidade acadêmica em forma de artigos.

A RECIFAQUI difunde o conhecimento científico gratuitamente isso porque o autor abre mão de seus direitos autorais e a FAQUI e FAJOP promovem o acesso livre à revista. Segue o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico proporciona democratização à informação, condição para que os discentes e professores aprimorem o exercício da liberdade de escolha a partir de seus interesses ou acima deles.

Outro desafio da comissão editorial é adotar a submissão de textos em multimídia, online, aproveitando o que há de melhor do ambiente digital. É preciso sair da cultura do impresso para o eletrônico, utilizar design gráfico para visualização em tela e impressão simultâneas.

Da proposta do desafio espera-se conseguir um maior número de pesquisadores interessados em socializar trabalhos significativos. A diversidade de procedência dos autores otimiza e alimenta a RECIFAQUI propiciando para que ela se torne mais lida. Que no cômputo geral vai também contribuir para o avanço científico, com produções científicas das mais variadas informações e conhecimentos da atualidade.

Neste volume os capítulos abordam um conjunto de produções temáticas que, em alguns casos, se entrelaçam, sendo os autores professores e discentes.

A diversidade de cursos reflete-se na riqueza de temáticas deste número, e que tem dentre seus objetivos a contribuição para o desenvolvimento do conhecimento científico e sua disseminação, a partir de um olhar interdisciplinar incorporado às pesquisas contemporâneas, assim como o respeito às narrativas produtoras de sentido organizadas por sujeitos sociais acadêmicos, que dialogam com a organização e orientação do tempo.

O Conselho Editorial e autores desejam uma excelente leitura, ao mesmo tempo aproveita para convidá-los (as) a compartilharem do desafio de participar para aprimorar a qualidade deste reconhecido veículo de comunicação da FAQUI e FAJOP, por meio de envio de artigos e sugestões.

Maria da Felicidade Alves Urzedo

SUMÁRIO

CIÊNCIAS HUMANAS - PSICOLOGIA

SAÚDE MENTAL: DEPRESSÃO DURANTE O PERÍODO DE TRATAMENTO DE QUÍMICOS DEPENDENTES _____ 13

Amanda Ferreira Terra / Amanda Rafaela Souza / Cristiane M da S. Oliveira / Josiene Alves Mariano / Thiago Silva Freitas

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: REFLEXOS NA VIDA DE PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL _24

Daniela Aparecida Queiroz / Degmar Rosa Pereira / Patrícia Queiroz Silva / Silvia Batista Luz Marcelino / Yulli Maiara Pereira / Viviana Cristina de Souza Carvalho.

CIÊNCIAS DA SAÚDE - ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO TOXICOLÓGICA DE COMPONENTES PRESENTES NOS LÁTICES DE *Euphorbia milli* Des Moulins E DE *Euphorbia tirucalli* L. SOBRE AS LARVAS DO MOSQUITO *Aedes aegypti* Linn _____ 44

Heliane Sousa da Silva / Renata Bernardo Araújo / Júnia de Oliveira Costa / Helieder Cortes Freitas

FATORES PREDISPOSTOS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E A RELAÇÃO COM O ESTILO DE VIDA DE SERVIDORES PÚBLICOS ____ 44

Cleide de Jesus Gonçalves / Maria Letícia Lima Silva / Rafaela Ferreira Ribeiro / Ranielly Cristina Sabino Martins / Talita Xavier de Oliveira

QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES PORTADORES DO DIABETES *MELITUS* TIPO 1 E TIPO 2 _____ 69

Eva Jessica Rezende Fleuri / Larissa Munhoz Andrade Fernandes / Luana Rafaela Nunes Monteiro / Lyvya Aparecida da Silva / Thaynara Freitas da Silva

A ABORDAGEM BIOPSISSOCIAL E ESPIRITUAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO PACIENTE CONTEXTUALIZADA COM OS CUIDADOS PALIATIVOS¹ _____ 79

Adriana Ribeiro da Silva Ferreira / Caroline Dutra Nunes / Kadinaria de Souza Ferreira / Mírian Roberta Fernandes Pereira / Ana Carolina Tinoco

LEVANTAMENTO E AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO DE ÚLCERAS EM PACIENTES DIABÉTICOS NA REDE PÚBLICA _____ 94

Fabiana Almeida de Moraes / Fabiana Barbosa de Andrade / Leidmar de Mello Cândida Silva / Dinoeme Garcia Andrade / Simone Alves Assis

QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS ____ 107

Antônio Carlos Sombra Nascimento / Karyna Faustino Silva / Laryssa Quirino de Melo / Luciane Lima de Andrade / Valdelice Cruz Silva

CIÊNCIAS DA SAÚDE - BIOMEDICINA

POR QUE DORMIMOS? IMPORTÂNCIA DO SONO PARA A SAÚDE FÍSICA E MENTAL _____ 115

Alex Nascimento

A PREDOMINÂNCIA DE ENTEROPARASITAS EM CRIANÇAS DE ZERO A DOIS ANOS IDADE NOS CENTROS MUNICIPAIS DE EDUCAÇÃO INFANTIL EM CIDADES DO INTERIOR DE GOIÁS _____ 127

Luiz Alexandre Pereira / Isabella Beatriz Nunes Menezes / Ma.Taciane Carpini

CIÊNCIAS HUMANAS - ARTE

A FORMAÇÃO DO ARTE EDUCADOR – RELATOS DE UMA EXPERIÊNCIA EM EAD - CURSO DE EXTENSÃO: FOLIA DE REIS - IDENTIDADES VISUAIS E POÉTICAS CONTEMPORÂNEAS _____ 135

Genecy Maria da Costa Moraes

ARTIGOS

CIÊNCIAS HUMANAS

PSICOLOGIA

SAÚDE MENTAL: DEPRESSÃO DURANTE O PERÍODO DE TRATAMENTO DE QUÍMICOS DEPENDENTES

MENTAL HEALTH: DEPRESSION DURING THE TREATMENT PERIOD OF DEPENDENT CHEMICALS

Amanda Ferreira Terra¹
Amanda Rafaela Souza²
Cristiane M da S. Oliveira³
Josiene Alves Mariano⁴
Thiago Silva Freitas⁵

RESUMO

O objetivo deste artigo é O objetivo desta pesquisa é analisar o problema da depressão em químico-dependentes em relação a questão da depressão em seu período de tratamento. A partir das aulas de saúde mental e a visita feita ao Instituto Recanto Bom Pastor houve o interesse de aprofundar neste tema. Essa pesquisa será de caráter bibliográfico com pesquisa de campo utilizando a técnica de aplicação de questionário, imaginou-se o quão difícil deve ser para um químico dependente abandonar seu vício, e que esse processo de abstinência, de mudanças em sua vida deve gerar transtornos a saúde mental. Para podermos identificar o problema e termos resultados satisfatórios será analisado alguns sintomas da depressão como: Alteração do humor, desinteresse pelas coisas prazerosas, problemas relacionados ao sono, mudança no apetite, perda ou ganho de peso, falta de concentração e pensamentos recorrentes sobre morte. Considera-se que ao finalizarmos essa pesquisa evidenciaremos alguns fatores que levam os pacientes químicos dependentes terem depressão durante todo o processo de tratamento.

Palavras-chave: Quimico-dependente. Depressão. Tratamento.

ABSTRACT

The purpose of this article is The aim of this research is to analyze the problem

¹ Acadêmica do curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (amanda.ferreira.1993@hotmail.com).

² Acadêmica do curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (amandaquirinopolis@hotmail.com).

³ Acadêmica do curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (cristianemunique2m@hotmail.com).

⁴ Acadêmica do curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (josienealves96@gmail.com).

⁵ Acadêmico do curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (thiiagoo12@outlooc.com.br).

of depression in chemotherapists regarding the issue of depression in their treatment period. From the mental health classes and the visit made to the Recanto Bom Pastor Institute there was the interest to go deeper into this theme. This research will be of bibliographical character with field research using the technique of questionnaire application, it was imagined how difficult it should be for a dependent chemist to abandon his addiction, and that this process of abstinence, of changes in his life must generate disorders to mental health. In order to identify the problem and have satisfactory results we will analyze some symptoms of depression such as: Mood alteration, disinterest for pleasurable things, problems related to sleep, change in appetite, loss or gain of weight, lack of concentration and recurrent thoughts about death. It is considered that at the end of this research we will highlight some factors that lead the dependent chemical patients to have depression throughout the treatment process.

KEYWORDS: Chemical-dependent. Depression. Treatment.

INTRODUÇÃO

Metade dos pacientes com dependência química tem doenças psíquicas associadas, vão ser analisados o perfil de alguns pacientes que fazem tratamento pelo CAPS AD da cidade de Rio verde – GO, com essa pesquisa iremos apontar a necessidade de desenvolver uma assistência especializada para esses pacientes, e mostrar que não é um perfil de população desprezível. É necessário um ambiente mais protegido e profissionais que tenham especialização em droga dependência, mas também têm que estar familiarizados com o atendimento de pacientes com esses outros transtornos psiquiátricos, o local adequado e necessário tendo em vista que pacientes depressivos com associação ao uso de drogas, por exemplo, são mais propensos ao suicídio.

As especificidades no tratamento de dependentes químicos com associação a doenças psíquicas ocorrem também no tempo de internação dos pacientes, essa população tem um tratamento um pouco mais complicado. Mais do que triplica o tempo necessário de internação, o indivíduo que tem droga dependência isoladamente demora de uma semana a dez dias internado. Os pacientes com doença psíquica associada ficam internados de cinco a seis semanas. A relação entre a dependência química e as doenças psíquicas ocorre quando a pessoa consome entorpecentes ou álcool em excesso e desenvolve, posteriormente, transtornos mentais. O indivíduo que tem um transtorno mental está mais vulnerável a uma droga dependência.

É crescente o número de estudos que investigam o uso de álcool, tabaco e drogas em diferentes populações, tais como entre adolescentes, universitários, mulheres, homens e idosos. Alguns estudos com dependentes de álcool e outras drogas têm apontado diversos prejuízos neuropsicológicos, mesmo após

períodos em abstinência. Adicionalmente, indivíduos dependentes químicos podem apresentar prejuízos cognitivos relevantes, semelhantes aos verificados em pacientes com lesão na área frontal do cérebro. Os quais estão frequentemente relacionados com o tempo de uso da droga, sendo, muitas vezes, revertidos após períodos de abstinência. Contudo, convém salientar que estes prejuízos podem afetar a aderência ao tratamento, aumentando a probabilidade de recaídas.

Indivíduos dependentes químicos possuem mais chances de desenvolver um transtorno psiquiátrico, quando comparados a indivíduos que não utilizam drogas, sendo a identificação deste outro transtorno relevante tanto para o prognóstico quanto para o tratamento adequado do paciente, dentre as comorbidades psiquiátricas mais comumente encontradas entre os dependentes químicos destacam-se os transtornos depressivos e ansiosos e os transtornos de personalidade.

Nessa direção, alguns estudos têm demonstrado correlações positivas entre o comportamento suicida e traços impulsivos e/ou impulsivo-agressivos, durante a intoxicação e a abstinência, o álcool pode causar sintomas de depressão, ansiedade e hipomania/mania. A possibilidade de sintomas de abstinência ou de intoxicação serem entendidos como psicopatologias, bem como o fato de transtornos mentais serem entendidos como decorrentes do uso/abuso de substâncias químicas são pontos que devem ser cautelosamente avaliados e elucidados.

Essa pesquisa está dividida em três capítulos, o primeiro vamos falar sobre depressão, foi utilizado os artigos “Depressão: do transtorno ao sintoma”(FERREIRA; GONÇALVES; MENDES; 2014), “Comportamento suicida entre dependentes químicos”(CANTÃO; BOTTI; 2015) e “Questão acerca do diagnóstico da depressão e sua relação com o campo médico científico”(QUINTELLA; 2010), com intuito de verificar se como a depressão é observada pela psicanálise, Busca-se também demonstrar que os últimos manuais psiquiátricos CID-10 e DSM-IV diluem importantes manifestações clínicas, como melancolia, no diagnóstico da depressão e no descrever o perfil de dependentes químicos atendidos em um serviço de saúde mental, a frequência de comportamentos suicida entre os participantes e as associações entre duas problemáticas.

No segundo capítulo vamos falar sobre dependência química utilizando os artigos “Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para mudança” (SOUSA; et al. 2013), que identifica os estágios de motivação para a mudança em usuários de álcool e crack institucionalizados, “O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução” (PRATTA; SANTOS; 2009). Fala sobre drogadição e discute o processo saúde/doença, considerando-se os modelos que contribuem para a compreensão do fenômeno no momento atual e das estratégias de intervenção estabelecidas. “Causas da dependência

química e suas consequências para o usuário e a família” (ALVARES; GOMES; XAVIER; 2014). Trabalha para conhecer as causas e as consequências do uso de drogas para o usuário e a família.

No terceiro capítulo vai ser falado sobre abstinência, oferecer uma compreensão fenomenológica da experiência de ser um dependente químico á procura de reabilitação, auxiliar no esclarecimento sobre o valor desses procedimentos e verificar as representações da recaída em dependentes de drogas ilícitas. Foram utilizados os artigos “Contextos de abstinência e de recaídas na recuperação da dependência química” (RIGOTTO; GOMES; 2002), “Abstinência e a redução de danos no processo a recuperação dos dependentes de substancias psicoativas” (QUEIROZ; RAMOS; 2008), “Representação de recaída em dependentes de crack” (REZENDE; PELICIA; 2013).

1 CONCEITO DE DEPRESSÃO

A depressão tem sido abordada em vários campos da mídia nos últimos anos, bem como nos espaços acadêmicos, onde tem sido cada vez mais tratada, por vezes de forma bastante equivocada e pouco em um conhecimento científico. Vários especialistas têm tratado a depressão como o mal do século. Nem sempre, as pessoas que estão tristes, desanimadas, angustiadas podem ser classificadas como depressivas, mesmo as que são até afastadas do ambiente de trabalho e do meio social.

Os transtornos de depressão, são objeto de estudo e tratamento da psiquiatria. Esta área médica é dedica-se a aprimorar os diagnósticos relativos aos transtornos psiquiátricos, dedicando-se ao estudo e tratamento dos sintomas da depressão.

De acordo com Ferreira, Gonçalves e Mendes (2014) a depressão é tratada como transtorno, sendo diagnosticada a partir da presença de sintomas que se manifestam como uma determinada duração, frequência e intensidade. Em algumas perspectivas, o diagnóstico de depressão envolve qualquer queixa de tristeza, na medida em que toda manifestação da mesma seja considerada patológica que na maioria das vezes deve ser medicada.

Os episódios depressivos maiores definem-se como episódios de humor deprimido ou perda de interesse e prazer para fazer as atividades cotidianas, perda ou ganho de peso, alteração do apetite, sono, diminuição da energia, sentimento de culpa, dificuldade para pensar, concentrar ou tomar decisões, pensamentos ou tentativas de suicídio como forma de aliviar a sensação de angústia, dentre esses sintomas o quadro de culpa pode assumir padrões delirantes.

No CID-10 os transtornos de humor subdividem-se em transtorno afetivo bipolar, transtorno persistente de humor, episódios depressivos e transtorno depressivo recorrente, sendo que esses três últimos concentram uma caracterização mais isolada do quadro depressivo. (FERREIRA; GONÇALVES; MENDES; 2014).

A depressão está inclusa no Bloco do CID-10 de Transtornos de Humor. Nestes transtornos a perturbação fundamental é uma alteração do humor, usualmente para depressão (com ou sem ansiedade associada) ou euforia. A maioria desses transtornos tende a ser recorrente e o início dos episódios individuais é frequentemente relacionado com eventos ou situações estressantes. Os sintomas mais comumente percebidos partem tanto de alterações fisiológicas quanto de mudanças de estados emocionais e cognitivos.

O termo transtorno, de acordo com a CID-10 é usado para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis associados a sofrimento e interferência com funções pessoais. Desvio ou conflito social sozinho, sem disfunção pessoal, não deve ser incluído em transtorno mental (KAPLAN; SADOCK; 1997).

Os episódios depressivos são delineados de acordo com a gravidade com que aparecem os sintomas. O transtorno persistente de humor é um conjunto de sintomas, nos quais, os episódios individuais são suficientemente graves para justificar um episódio leve ou maníaco-depressivo. Nos dependentes químicos em estágio de reabilitação, são citados na literatura médica vários dos sintomas tratados acima. Historicamente os problemas de dependência química se tornaram tão volumosos que hoje são considerados um problema de saúde pública.

O comportamento suicida deve ser analisado em suas diferentes expressões, incluindo as ideias suicidas, o planejamento e a tentativa concluída. Estima-se, para cada suicídio consumando, entre 10 e 20 tentativas, dado que demonstra a magnitude do problema (CANTAO; BOTTI; 2015).

Encontra-se também como características para o autoextermínio, problemas financeiros, dor crônica, antecedente familiar de suicídio, uso nocivo do álcool, histórico de tentativas anteriores, e está relacionada também a distúrbios mentais como bloqueio para a procura de ajuda pelos indivíduos.

Além dos critérios para episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos há a presença de delírios, alucinações ou estupor depressivo. Os

delírios envolvem idéias de pecado, pobreza ou desastres iminentes, pelos quais o paciente pode assumir a responsabilidade. Alucinações auditivas ou olfativas são usualmente de vozes difamatórias ou acusativas, ou de sujeira apodrecida ou carne em decomposição.

Homens usuários de álcool e outras drogas em tratamento em centro de atenção psicossocial relataram o uso de drogas como motivação para o comportamento suicida. (CANTAO; BOTTI; 2015).

Transtornos de Humor podem motivar indivíduos a fazer uso de álcool/drogas para aliviar o próprio mal-estar. A substância pode, inicialmente, minimizar ou moderar seus sintomas, mas a abstinência e o uso crônico tipicamente exacerbam a médio prazo os sintomas.

2 CONCEITO SOBRE DEPENDENCIA QUIMICA

O uso das drogas vem sendo discutido e trabalhado cada vez mais por pesquisadores e profissionais da saúde, por estar se tornando um estado pandêmico, iniciando na maioria das vezes como lazer ou refúgio e depois continuando com o uso descontrolado, até não conseguir mais se ausentar deste vício.

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o uso abusivo de drogas como uma doença crônica e recorrente. Para esta instituição, o uso de drogas constitui um problema de saúde pública, que vêm ultrapassando todas as fronteiras sociais, emocionais, políticas e nacionais, preocupando toda a sociedade (SOUSA, et al. 2013).

Existem vários fatores que podem levar um indivíduo a dependência química como por exemplo: renda financeira e moradia precária, falta de afeto e compreensão familiar, dívidas em excesso, decepções amorosas, e amizades influenciadoras. Muitos jovens por causa de amizade começam a usar drogas apenas para se sentirem dentro da turma, para se sentirem “descolado” para os amigos e sociedade.

Mesmo que na maioria das vezes e feito o uso por curiosidade não é indicado, pois essa pequena curiosidade inicial pode virar uma dependência futura. Vivemos em um mundo onde o novo é bom, e se você não faz parte do novo você não se enquadra a sociedade q se diz jovem e moderna, sociedade onde o uso de drogas ilícitas faz parte de algo normal e cotidiano.

Além da necessidade de buscar constantemente a droga, a dependência causa mudanças acentuadas na interação do indivíduo com seus familiares, afetando suas relações sociais e até mesmo profissionais (PRATTA; SANTOS, 2009)

O uso de substâncias psicoativas causa muito prejuízo para a família do usuário, tanto emocional quanto material, pois dependendo do estágio de como está a dependência esses indivíduos se tornam agressivos em busca de mais drogas, chegando ao ponto de vender materiais domésticos de sua residência ou até mesmo suas próprias roupas, ou então ameaçam sua família em busca de dinheiro para manter seu vício.

O diagnóstico de uma dependência química exige a avaliação de diversos aspectos, uma vez que os padrões de consumo de drogas na atualidade são diversificados, sendo a dependência o último estágio. Além disso, o tratamento da drogadição é algo prolongado. Entretanto, romper o ciclo de dependência é algo muito difícil e delicado, pois os indivíduos que se tornam dependentes vivenciam um sofrimento físico e psíquico intensos, tendo sua vida afetada, bem como suas famílias, amigos e a comunidade de uma forma geral (PRATTA; SANTOS, 2009).

Conhecer as causas que levam as pessoas a iniciar o uso das drogas tem que ser estudada individualmente, pois quanto mais precocemente for diagnosticado os motivos mais fácil de ser tratado e controlado. Para iniciar-se no mundo das drogas não tem uma idade exata, basta apenas não estar satisfeito com algo ou então estar rodeados de má influências.

Uma vez dependentes das drogas, os usuários a incorporam no seu cotidiano, não aceitam restrições, resistem à disciplina e têm dificuldade de retomar estudos ou trabalho. Estudo revela que, geralmente, quando o adolescente inicia a fazer uso de drogas é do sexo masculino, tem idade maior que 13 anos, cursa a escola, vive com os familiares e tem um relacionamento ruim com estes. Usa drogas, inicialmente, por curiosidade ou como um estímulo para o enfrentamento de situações desagradáveis. As primeiras drogas experimentadas são o álcool e o tabaco. (ALVAREZ, GOMES, XAVIER, 2014).

O uso abusivo dessas substâncias tem como resultados desestruturação da família, desemprego por falta de comprometimento ou até mesmo por se tratar de um usuário, gera solidão, pois relacionamentos afetivo apenas com pessoas que também são químicos dependentes, falta de higiene pessoal, desavenças com a sociedade, e principalmente mesmo se tratando de um ex-usuário o preconceito nunca morre.]

3 CONCEITO SOBRE ABSTINÊNCIA

A abstinência é um fator que ocorre devido à falta de substâncias psicoativas no organismo, causando alguns sintomas entre eles: hiperatividade, tremores, insônia, alucinações, ansiedade e convulsões. Conhecida também como recaída a abstinência é um dos maiores desafios na realidade da vida de maior parte dos usuários; alguns motivos que possam influenciar nessa dificuldade são vergonha, culpa, abandono de familiares, desesperança, raiva. Esses são alguns fatores que influenciam no uso excessivo de drogas. Pensam que não são capazes de sair dessa vida, porque a grande maioria já foi abandonado pela família. Outros conseguem, apesar de todas as dificuldades e com ajuda de todos os profissionais de uma clínica de reabilitação, eles conseguem se manter limpos e tentam recomeçar.

Pesquisas e práticas clínicas evidenciaram avanços, ainda que de forma bem limitada, na recuperação dos dependentes de substâncias psicoativas. Hoje se sabe que vários fatores são responsáveis pelo aparecimento dessa síndrome, como os que são citados: características psicológicas, vulnerabilidade genética, gênero, padrão de consumo e aspectos sociais (REZENDE, PELICIA, 2013)

O tratamento em si dura a vida toda desde o início da abstinência ao resto da vida, para certificar-se que a pessoa não irá voltar a consumir, alguns requisitos básicos que devem ser tomados para um melhor tratamento é a pessoa mudar de cidade, escolher bem os amigos, não passar por casas de uso de drogas; porque coisas mínimas podem influenciar na recaída e é onde todo o processo de tratamento se perde.

A análise das recaídas ao longo do tempo tem mostrado, segundo alguns autores, que a estabilização da abstinência na dependência de substâncias psicoativas (DSPA) começa a acontecer quando da sua instalação (Hunt, Barbet & Brauch, 1971). Por outro lado, outros trabalhos mais recentes como o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) levam em conta que ainda os primeiros doze meses de abstinência são considerados de alto risco na reincidência ao uso das drogas. Portanto, há divergências quanto à estabilização desse comportamento em estudo (COELHO; RAMOS, 2008).

Após o processo de abstinência tudo que vem em seguida e apenas ajuda para que os ex dependentes químicos se sintam mais confortados sem o uso dos psicoativos, a família volta a se reestruturar, resgate da autoestima, volta as práticas religiosas. Isso tudo surge após o processo doloroso que é a abstinência,

após esse processo temos que tomar cuidados com lugares propícios ao uso de drogas, pois por mais que um ex dependente químico se sente livre do uso de psicoativos, podem do nada haver uma recaída.

Por outro lado, determinados especialistas apontam diversas consequências problemáticas causadas pelo período da abstinência que necessitam de um acompanhamento multiprofissional a fim de possibilitar ao recuperando maior extensão possível da fase da ausência do uso das drogas. Apontam, como sintomas, forte sentimento de angústia, medo da solidão, intensa sensação de abandono e desejo ou autoflagelação (COELHO; RAMOS, P. 2008).

CONCLUSÃO

De acordo com os expostos acima e indubitável que os dependentes de substancias psicoativas iniciam o uso por causa de problemas psicológicos como por exemplo a depressão, causada na maioria dos casos pelo abandono, falta de dinheiro, de emprego, decepções amorosas, falta de convívio familiar, amizades influenciadoras, para experimentar, para ser descolado, porem todos esses motivos levam ao mesmo fim, o vício e a dificuldade para abandonar o mesmo, tendo que fazer tratamentos, para conseguir parar com o uso, porem esse processo e muito difícil, pois o processo de abstinência não e fácil de ser superado, e onde entra as recaídas, o desespero e a tentativa de suicídio.

Pessoas que aderem esse mundo não imaginam como vão terminar, sabem o que acontecem mais na maioria das vezes justificam o uso como só experimentar e acham ali um refúgio para todos os seus problemas, e quando percebem já e tarde demais, e as drogas já os consumiram. As clinicas de tratamento ajudam o retorno dos dependentes químicos a sociedade, porem a família tem de entrar junto nesse processo, pois o preconceito familiar ou da sociedade fazem com que muitos desses ex usuários tendem a ter recaídas e voltar para um mudo que custaram sair.

A família também sofre por todo esse processo pois tentam incentivar o usuário a se tratar e gera brigas e intrigas no próprio ambiente residencial pois um usuário não aceita isso, após o caso complicar e começar a acontecer surtos dentro da própria casa, como explosão de raiva, começar a vender produtos domésticos para manterem seu vício, a família não vê mais jeito e os internam. Porem esse processo gera desconfiança entre o usuário e sua família. Não adianta incentivar um tratamento se não tiver o apoio familiar, até mesmo para reinserir o ex usuário a sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, Simone Quadros; GOMES, Geovana Calcagno; XAVIER, Daiani Modernel. **Causas da dependência química e suas consequências para o usuário e a família.** Disponível em: <file:///C:/Users/thiia/Downloads/9720-17982-1-PB%20(5).pdf>. Acesso em: 27 fev 2018.

CANTÃO, Luiza; BOTTIL, Nadja Cristiane Lappann. **Comportamento suicida entre dependentes químicos.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0389.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2018.

DE QUEIROZ, AYDIL M.; RAMOS, PEREZ. Abstinência e a redução de danos no processo de recuperação dos dependentes de substâncias psicoativas. 1. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2008000100010>. Acesso em: 28 fev. 2018.

FERREIRA, Rayane Cordeiro; GONÇALVES, Charlisson Muniz; MENDES, Patricia Guedes; **Depressão do tratamento ao sintoma.** Disponível em: < http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0828.pdf>. Acesso em: 26.fev.2018.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio. **O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2018.

QUINTELLA, Rogerio Robbe; **Questão acerca do diagnóstico da depressão e sua relação com o campo científico;** Disponível em: < https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19913>. Acesso em: 27 fev 2018.

REZENDE, Manoel Morgado; PELICIA, Bruno. **Representação de recaída em dependentes de crack.** Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762013000200005&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 28 fev 2018.

RIGOTTO, Simone Demore; GOMES, William B.. **Contextos de Abstinência e de Recaída na Recuperação da Dependência Química.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v18n1/a11v18n1>.

Acesso em: 28 fev. 2018.

SOUSA, Patrícia Fonseca et al. **Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para mudança.** Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000100018>. Acesso em: 26 fev. 2018.

**EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E O PROCESSO DE
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: REFLEXOS NA VIDA DE
PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL**

*MULTIDISCIPLINARY TEAM AND THE DEINSTITUTIONALIZATION PROCESS:
REFLECTIONS ON THE LIFE OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS*

Daniela Aparecida Queiroz⁶

Degmar Rosa Pereira⁷

Patrícia Queiroz Silva⁸

Silvia Batista Luz Marcelino⁹

Yulli Maiara Pereira¹⁰

Viviana Cristina de Souza Carvalho¹¹.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi analisar os reflexos do processo de desinstitucionalização na vida de pacientes e da sociedade, verificando o papel do enfermeiro neste processo de desinstitucionalização, juntamente com seus familiares. Para enriquecer esta discussão foram apresentados autores que tratam a temática bem como uma pesquisa de campo a partir do método Grounded Theory, que é muito utilizado no estudo de grupos, em um CAPS na cidade de Rio Verde-GO. A Lei 10.216/01 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionou o tratamento destes pacientes para Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), que por sua vez conta com uma equipe multidisciplinar de profissionais que amparam os pacientes e seus respectivos familiares. Os resultados desta pesquisa apontaram para a compreensão da importância que a equipe multidisciplinar de profissionais que atuam no CAPS tem no tratamento do paciente com transtorno mental e de seus respectivos familiares. Avaliando as percepções destes profissionais, percebeu-se que eles se envolvem emocionalmente com o tratamento dos pacientes, com isso desenvolvem empatia, e o resultado deste envolvimento é mostrado pelos pacientes na forma de confiança. Assim, os resultados apontaram que o processo de desinstitucionalização promove

⁶ Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Quirinópolis, Goiás, Brasil.

⁷ Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Quirinópolis, Goiás, Brasil.

⁸ Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Quirinópolis, Goiás, Brasil.

⁹ Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Quirinópolis, Goiás, Brasil.

¹⁰ Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Quirinópolis, Goiás, Brasil.

¹¹ Professora Orientadora, Graduada em Enfermagem (UNIRV), Especialista em UTI (FACLIONS), Mestra em Ciências Ambientais e Saúde (PUC-GO), Docente Faculdade de Quirinópolis, ENFA. Auditora Secretaria de Saúde de Rio Verde GO.

melhoria clínica e na qualidade de vida do paciente e de seus familiares e que a equipe multidisciplinar tem enorme contribuição para que esta melhoria ocorra

Palavras Chaves: Transtorno mental. Equipe multidisciplinar. Desinstitucionalização

ABSTRACT

Law 10.216 / 01 provides for the protection and rights of persons with mental disorders, redirected the treatment of these patients to Psychosocial Care Centers (CAPS), which in turn has a multidisciplinary team of professionals who support patients and their families. respective family members. The aim of this research was to analyze the reflexes of the process of deinstitutionalization in the life of patients and society, verifying the role of the nurse in this process of deinstitutionalization, together with their relatives. In order to enrich this discussion, authors dealing with the subject and a field research were presented, using the Grounded Theory method, which is widely used in the study of groups, in a CAPS in the city of Rio Verde-GO. The results of this research aimed to understand the importance that the multidisciplinary team of professionals working in the CAPS has in the treatment of patients with mental disorders and their respective relatives. Evaluating the perceptions of these professionals, it was noticed that they are emotionally involved with the treatment of the patients, with that they develop empathy, and the result of this involvement is shown by the patients in the form of trust. Thus, the results pointed out that the process of deinstitutionalization promotes clinical improvement and the quality of life of the patient and his / her relatives and that the multidisciplinary team has an enormous contribution for this improvement to occur

Keywords: Mental disorder. Multidisciplinary team. Deinstitutionalization.

INTRODUÇÃO

A desinstitucionalização de pacientes com transtornos mentais ainda hoje representa um notável desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), que por sua vez, desde a década de 90 quando o Brasil participou na Venezuela de uma conferência internacional relacionada a saúde mental, se comprometeu através da declaração de Caracas a criar programas na área da saúde com intuito de melhorar a condição de saúde de pessoas com transtornos mentais (OPAS e OMS, 1990).

Desde então passaram-se 27 anos, e, percebe-se que houve avanços nesta área, exemplo é a portaria nº 2.840, de dezembro de 2014 que criou o Programa de Desinstitucionalização integrante dos componentes Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal (BRASIL, 2014)

O processo de desinstitucionalização caracteriza-se por implicar novos

contextos de vida para as pessoas com transtorno mental, bem como para seus familiares e “pretende mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, modificar as relações de poder entre os usuários e as instituições e produzir diversas ações de saúde mental substitutivas à internação no hospital psiquiátrico” (OLIVEIRA; MARTINHAGO; MORAES, 2009, p. 33).

A reforma psiquiátrica que houve no Brasil a partir da década de 70 contribuiu para a mudança de concepção com relação a loucura, como se pode observar ao analisar formas distintas de concepção sobre a loucura entre os anos de 1970 e a atualidade. Silveira e Braga (2005), por exemplo, na idade média era comparada ao leproso, ou seja, o louco não poderia viver em sociedade, já Foucault (2005, p. 186) afirma que o louco da modernidade passa então a receber o status de doente mental e fica sob a direção de um médico que está, nesta época, encarregado mais de um controle moral que de uma intervenção terapêutica. Estas mudanças de concepções estão associadas a evolução que o tratamento a doença mental teve no Brasil nos últimos anos, de acordo com a Lei 10.216/01, a desinstitucionalização de pacientes com transtornos mentais tornou-se um objetivo das políticas públicas voltadas para a saúde (BRASIL, 2009).

O objetivo principal desta pesquisa é debater os reflexos do processo de desinstitucionalização na vida do paciente com transtorno mental. Desta forma, serão analisados aspectos fundamentais que norteiam a temática, como a reforma psiquiátrica no Brasil, o papel da enfermagem no processo de desinstitucionalização e a inserção social de pacientes com transtornos mentais na sociedade.

Faz-se necessário debater os pressupostos norteadores da temática desinstitucionalização de pacientes com transtornos mentais, uma vez que, hoje, existem inúmeras pesquisas que comprovam a importância que o processo de desinstitucionalização tem na qualidade de vida do paciente com transtorno mental.

1 ORIGEM E EVOLUÇÃO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL

O estado psiquiátrico denominado de loucura, é registrado desde os mais antigos relatos humanos, não obstante, sempre foi vista como um desafio para a sociedade. Na Grécia Antiga para estudiosos, o “louco” era considerado como uma pessoa com poderes variados, como se apresentasse uma manifestação dos deuses, sendo, por conseguinte, valorizada e reconhecida socialmente, então não existia necessidade de controle, nem exclusão (SILVEIRA E BRAGA, 2005).

A loucura, com o Racionalismo, passou do invento das forças da natureza, adquirindo o status para uma ocasião desvinculada da razão. Deste modo, o “louco” era aquele que desobedecia ou ignorava a moral racional. Com uma atitude moral, a loucura passa a ser alguma coisa desqualificante com

irresponsabilidade (ALVES *et al.* 2009).

No contexto brasileiro, os primeiros relatos acerca da loucura e tratativa dos loucos em território brasileiro teve início por volta dos anos de 1820. Entre 1841 e 1889 a concretização do Estado Monárquico conhecido como Segundo Reinado (LIMA, 2011). Seus objetivos fundamentais eram avigorar a figura do Imperador – D. Pedro II, recém-coroadado – e restaurar o Poder Moderador instituído antigamente pelo seu pai D. Pedro I.

Aos considerados loucos até 1830, era consentida a circulação pela cidade. Eles podiam ser localizados pelas ruas, asilos de mendigos, casas de correções ou ainda nos porões das Santas Casas da Misericórdia. Entretanto, era raro encontrar algum louco submetido a tratamento característico. Em 1830, uma comissão da recém-criada Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro concretiza um diagnóstico da condição da loucura na cidade (ARAUJO FILHO, CASTIGLIONI, 2016).

Importante destacar que toda essa modificação da sociedade brasileira da época no enfoque da relação dos loucos em sociedade veio apenas depois da promulgação da Lei de 16 de dezembro de 1830, que instituiu o Código Criminal do Império do Brasil no qual ficou estabelecido no primeiro capítulo, titulado Dos Crimes e dos Criminosos, Art. 12 que: “Os loucos que tiverem cometido crimes, serão recolhidos às casas para eles destinadas, ou entregues às suas famílias, como ao Juiz parecer mais conveniente” (TINOCO, 2003, p. 24)

Em 1879 a Psiquiatria foi reconhecida como um campo da medicina no Brasil, através da promulgação do decreto nº 7.247, constituindo dessa forma a chamada Cátedra de Psiquiatria nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia e um ano depois, a Cátedra de Moléstias Mentais (LIMA, 2009).

No transcorrer de todo o período do Segundo Reinado, até o ano de 1903, com a edição do Decreto 1.134 de 22 de dezembro, mais cinco instituições da mesma natureza foram instituídas no Brasil, e após isso, uma mudança substancial surgiu: a decisão de que cada estado do país precisaria reunir recursos para a construção de manicômios judiciários, e que, enquanto estes estabelecimentos não existissem, precisavam ser construídos anexos especiais aos asilos públicos para seu recolhimento (CARRARA, 2010, p.17).

O Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, surgiu em 1921 como primeira instituição no estilo no Brasil sob a direção do médico psiquiatra Heitor Pereira Carrilho, que por muito tempo esteve à frente da Seção Lombroso do Hospício Nacional de Alienados. Em 1950 ficou conhecido como Manicômio Judiciário Heitor Pereira Carrilho e em 1986, depois de novas reformas da legislação penal brasileira, passou a ser denominado como Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Pereira Carrilho, (CARRARA, 2010, p.17).

Nesse mesmo contexto, os manicômios judiciários são instituições complicadas, que conseguem proferir, de um lado, duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas, o asilo de alienados e a prisão e, de outro

lado, dois dos fantasmas mais sinistros que “perseguem” a todos: o louco e o criminoso (CARRARA, 2010, p.17).

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A Reforma Psiquiátrica constitui-se num conjunto de aparatos legislativos, jurídicos e administrativos tendendo a legalizar o processo de desinstitucionalização. Esse processo de desinstitucionalização sugere o período no qual em consequências políticas sociais e de intervenções legislativas foi aprovada a definitiva crise da centralidade dos manicômios. A substituição dos manicômios por outras práticas terapêuticas originou discussão não só entre os profissionais, mas na sociedade como um todo (BARROSO e SILVA, 2011).

O ano de 1978 habitua ser identificado como o começo efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil (BRASIL, 2005).

Além dos avanços científicos e das manifestações sociais, vários fatores levaram a reforma psiquiátrica acontecer no Brasil (BARROSO e SILVA, 2011). Os movimentos sociais, movidos pelo Projeto de Lei Paulo Delgado a partir do ano de 1992, conseguem confirmar em diversos estados brasileiros as primeiras leis que originam à substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede unificada de atenção à saúde mental (BRASIL, 2005).

O movimento de desinstitucionalização psiquiátrica apenas ganhou evidência nas discussões públicas a partir da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e 2º Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, feitas no dia 18 de maio de 1987 em Bauru, São Paulo (BRASIL, 1988). Então, a partir desta data, o dia 18 de maio passou a representar o Dia Nacional da Luta Antimanicomial (BARROSO; SILVA, 2011).

No ano de 2001, depois de 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é aprovada no país. Entretanto a aprovação é de um substitutivo do Projeto de Lei novo, que traz transformações importantes no texto normativo. Deste modo, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe a respeito da proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mais não estabelece mecanismos claros para a acelerada eliminação dos manicômios. Mesmo assim, a divulgação da lei 10.216 confere novo ritmo e novo impulso para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. (BRASIL, 2005).

O impulso das propostas desses eventos colaborou para a fundação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no ano de 1987, em São Paulo. Os CAPS estão em sua maioria implantados em municípios de 20.000-70.000 habitantes (47%), ou em municípios de 70.000- 200.000 habitantes (26,5%) (BRASIL, 2011).

A superação do paradigma psiquiátrico que se estruturou em torno do isolamento e exclusão dos doentes mentais demanda cuidados consecutivos. As novas modalidades assistenciais abrangem o sofrimento psíquico como um processo crônico que solicita cuidados, entretanto, não incapacita a pessoa com sofrimento psíquico a viver ou trabalhar em comunidade (ROSA, 2011).

3 CAPS

Nos extratos que abrangem a área das ciências clínicas, o Ministério da Saúde, institui que o principal papel do CAPS é possibilitar a integração dos pacientes a um ambiente social e cultural real, denominado como seu “território”, o ambiente da cidade onde se desenvolve a vida diária de usuários e familiares e têm a fundamental estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2010)

O Ministério da Saúde (2010), além disso, aponta outras funções do CAPS, como por exemplo:

- Dar atendimento em regime de atenção cotidiana;
- Gerenciar os projetos terapêuticos, proporcionando cuidado clínico eficiente e personalizado;
- Possibilitar a inserção social dos usuários por meio de ações intersetoriais que abranjam educação, esporte, trabalho, cultura e lazer, preparando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também possuem a responsabilidade de preparar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- Oferecer suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- Regular a porta de abertura da rede de assistência em saúde mental de seu espaço;
- Coordenar unido ao gestor local às atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que operem no seu território;
- Conservar atualizada a listagem dos pacientes de sua região que empregam medicamentos para a saúde mental.

A Lei 10.216 de 2001 foi o marco da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com a adoção do território como conceito organizador da atenção, a contínua expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades – CAPS I, II, III, CAPSad e CAPSi – ampliando o acesso e a interiorização de serviços em todo o Brasil; a redução significativa do número de

leitos e de hospitais psiquiátricos; a criação do Programa de Volta para Casa, com o auxílio-reabilitação psicossocial instituído pela Lei 10.708/2003; e a reversão, desde 2006, dos recursos financeiros, anteriormente destinados quase exclusivamente à assistência hospitalar (ANGELO, 2015).

Importa destacar que os investimentos nos serviços substitutivos vêm crescendo desde 2004 e a reorientação do modelo assistencial em saúde mental exige investimentos políticos, técnicos, éticos e financeiros, entre outros, além da articulação com outras instâncias educação, cultura, trabalho, habitação e habilitação profissional, tendo em vista a concretizar a cidadania. Esses fatores representam a autonomia dos CAPS e a segurança de sua eficiência, Corrêa (2017, p. 398)

4 INSERÇÃO SOCIAL DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL NA SOCIEDADE

Um aspecto proeminente do processo de inserção social do paciente com transtorno mental, diz respeito à participação de usuários e familiares na discussão e preparação política em instâncias oficiais, buscando modificar o sistema de saúde mental e estabelecer uma nova forma de lidar com o sofrimento psíquico. O princípio de controle social do SUS merece evidência, na medida em que estimula o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no espaço da saúde coletiva. Destarte os Conselhos e as Conferências de Saúde exercem papel essencial dos recursos. O indivíduo que porta transtorno mental deixa de ser objeto de intervenção e passa a ser agente de mudanças de uma realidade, para construir sentido e cidadania (BRASIL, 2005).

A reforma sugere a substituição do tratamento fundamentado no isolamento por escolhas que dão valor ao convívio familiar e comunitário, tendo como estratégia essencial a reabilitação psicossocial. Esta afirmação está em concordância com os objetivos dos serviços substitutivos expostos no Manual do CAPS (BRASIL, 2004), os quais buscam à reinserção social de seus usuários por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços comunitários e familiares. (DIMENSTEIN; BEZERRA, 2009).

Entende-se como primordial a construção de uma rede comunitária de cuidados para a solidificação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos diversos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a construção de um conjunto vivo e concreto de referências com capacidade de acolher a pessoa em sofrimento mental. Uma rede se acomoda na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, cooperativas, associações e variados ambientes das cidades, para a promoção da reintegração do portador de transtorno mental (BRASIL, 2005)

5 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

De acordo com a resolução do CONFEN nº 311/2007, Art. 53, a Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade. O Profissional de Enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais.

Dentre todas as atribuições que norteiam a profissão enfermagem, destaca-se o cuidar que segundo Salazar et al (2002) insere-se no âmbito da intergeracionalidade, pois se revela na prática como o conjunto de ações, procedimentos, propósitos, eventos e valores que transcendem ao tempo da ação, assim, pode-se afirmar que o cuidar em enfermagem está associado ao amparo ao paciente, promovendo ao mesmo sentimento de acolhimento e confiança.

Assim como qualquer outro profissional, o enfermeiro deve sempre buscar melhorar sua qualificação profissional, uma vez que as sociedades passam por rápidas transformações em um curto espaço de tempo, promovendo novas terapias voltadas para a lida com pacientes (CALGARO 2009).

Na área de saúde mental e psiquiatria não é diferente, a lei 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica dirigiu a enfermagem ações referentes à saúde mental que devem ser contempladas na assistência de enfermagem em todas as áreas. Assim, o acolhimento, a valorização da pessoa, a formação de vínculo, o atendimento em situações de sofrimento mental, decorrentes de circunstâncias da vida, em que há mais vulnerabilidade, precisam ser reconhecidas pelos profissionais, em favor da legitimação das práxis do enfermeiro (CALGARO 2009).

O papel do enfermeiro na saúde mental está associado a promoção da educação em saúde e bem-estar. Neste sentido, Lacchini (2011, p. 78), lista os seguintes aspectos associados ao profissional de enfermagem:

Abrange uma expressiva atuação com a equipe interdisciplinar e as relações interpessoais; Requer a educação em saúde mental com o cliente e a família; Ser responsável pela conservação e gerenciamento do ambiente terapêutico e dos cuidados de crianças, adolescentes, adultos e idosos; Desenvolver obras comunitárias para a saúde mental; Participar na preparação de políticas de saúde mental que abrange as unidades básicas de saúde, ambulatorios gerais e de saúde mental ou de especialidades centros de saúde. Centros de Atenção Psicossocial, unidades psiquiátricas, emergências psiquiátricas, entre outros ambientes de trabalho (LACCHINI, 2011, p. 78).

A respeito de profissionais disponíveis no sistema para atender a saúde mental na atenção básica, a Portaria GM 154/08 aconselhou a inclusão de profissionais de saúde mental nas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Este foi um dos fundamentais progressos do período 2007-2010 para a inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica. Os NASF são dispositivos com alta potencialidade para assegurar a articulação entre as equipes de Saúde da Família e as equipes de saúde mental dos municípios, aperfeiçoando o acesso e o cuidado das pessoas com transtornos mentais e com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011, p. 26).

Nesta perspectiva o enfermeiro é um profissional importante no ato de cuidar associado a psiquiatria, nesta área o profissional auxilia pessoas individualmente ou em grupos, com objetivo de desenvolver nos pacientes o sentimento de confiança e consecutivamente, melhorar sua qualidade de vida. Desta forma, no que diz respeito ao processo de desinstitucionalização do paciente com transtorno mental, o enfermeiro assume um papel chave, pois cabe a ele acolher o paciente e seu familiar bem como acompanha-los nas diversas situações que cabem intervenção do profissional ao longo de todo o tratamento fora do ambiente institucional.

O desempenho do enfermeiro representa uma das partes complementares do processo de tratamento, pois tende a instituir novas expectativas para o seu trabalho no campo da saúde mental, cujas características incidem na transição de uma prática de caráter hospitalar para tratamento dos “doentes mentais” para outra que abrange princípios e conhecimentos novos, na interdisciplinaridade e do reconhecimento do outro como ser humano, que interage na conjugação familiar e comunitária, configurando um progresso na área da saúde mental (CORRÊA, 2017, p. 402)

De acordo com as observações feitas, a enfermagem é uma profissão fundamental para a desinstitucionalização do paciente, uma vez que o

enfermeiro tem contato direto com o paciente, ganha sua confiança, auxilia-o, bem como sua família no tratamento clínico desinstitucionalizados. O fato do enfermeiro desenvolver empatia pelo paciente contribui muito para a humanização do tratamento e consecutivamente, seu sucesso (SALAZAR et al, 2002).

6 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a realização deste estudo foi a pesquisa de campo, a partir da utilização do método Grounded Theory ou teoria fundamentada em dados, pois o assunto investigado não possui teoria testada.

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPSII) na cidade de Rio Verde. A população investigada foi composta por profissionais que compõem a equipe multidisciplinar. Para enriquecer a pesquisa foi apresentado uma discussão teórica sobre a temática.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com a finalidade de caracterizar os participantes do atual estudo, apresenta-se a seguir a Tabela 1.

Tabela 01: Perfil da equipe multiprofissional do CAPS II – Rio Verde/GO

Nome fictício	Sexo	Profissão	Pós graduação	Idade	Curso na área de saúde mental	Outro vínculo empregatício	Tempo de serviço
Leandro	M	Ed. Físico	Sim	39	Não	Sim	2 semanas
Fernanda	F	A. Social	Sim	51	Não	Sim	6 meses
Raquel	F	Enfermeira	Sim	34	Não	Não	10 anos
Daniely	F	Psicóloga	Sim	33	Não	Sim	10 anos
Paula	F	Psicóloga	Sim	37	Não	Não	8 anos
Glória	F	Psicóloga	Sim	41	Não	Sim	1 ano
Eliana	F	Psicóloga	Sim	28	Não	Sim	6 meses
Natália	F	Administradora	Sim	29	Não	Sim	6 meses
Jéssica	F	Enfermeira	Sim	29	Não	Sim	4 anos

FONTE: Pesquisa Empírica.

Conforme é possível observar, a equipe é formada por 09 profissionais sendo um do sexo masculino e 08 do sexo feminino. Todos apresentam formação superior, têm idade entre 29 e 51 anos, com tempo de trabalho no CAPS II variando entre duas semanas até 10 anos. A maioria dos entrevistados são psicólogos, profissionais estes que lidam diretamente com pacientes com transtorno mental, desde o acolhimento até o acompanhamento diário, necessário após o processo de desinstitucionalização.

Apesar de ser uma equipe formada por múltiplos profissionais, percebe-se que todos são comprometidos com a reabilitação do paciente que sofre transtorno mental e a ação conjunta destes profissionais faz toda diferença no tratamento do paciente.

A ideia da interdisciplinaridade traz em si a superação do compartilhamento do saber, não abdicando das competências específicas de cada profissão, mas buscando integrá-las a fim de melhor compreender a complexidade da área e possibilitar as transformações no atendimento a despeito das inúmeras dificuldades que se põem no cenário assistencial brasileiro (ESPERIDIÃO, 2013, p. 155).

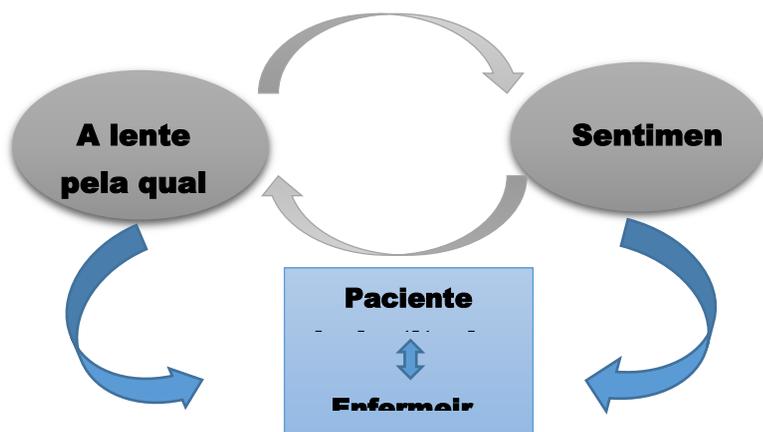
Dentro desta equipe, o profissional da enfermagem tem suas atividades profissionais associadas ao cuidar e a reabilitação do paciente, Esperedião (2013) afirma que é importante que o enfermeiro (a) assegure seu espaço de ação profissional, nos serviços de Saúde, visando ao fortalecimento da Atenção à Saúde Mental. A portaria nº 336/02 afirma que estes profissionais devem ter formação específica em saúde mental, conforme observado na tabela acima, no Centro de Atenção Psicossocial pesquisado, os profissionais da enfermagem não possuem esta formação, fato este que merece atenção especial, uma vez que a formação é exigida em lei.

A inserção do enfermeiro (a) nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) está prevista na Portaria Ministerial GM nº 336/02 que traz a obrigatoriedade da presença desse profissional como membro da equipe. Portanto, torna-se (ESPERIDIÃO, 2013).

Obedecendo à metodologia já descrita no estudo e buscando entender aos objetivos do mesmo quanto a compreensão do processo de desinstitucionalização do paciente com transtorno mental e os reflexos na vida do paciente, destacam-se as categorias que emergiram das falas dos sujeitos investigados. A lente pela qual a equipe vê o paciente; Sentimentos da equipe. Interligadas entre si contornando o binômio processo de desinstitucionalização

e reflexos na vida do paciente, demonstrado na figura 1.

FIGURA 1: Vivência do atendimento ao paciente desinstitucionalizado.



FONTE: Pesquisa Empírica.

Analisar a lente pela qual a equipe de saúde vê o paciente e os sentimentos da equipe é importante para compreender a relação paciente/desinstitucionalização. Desta forma foram criadas categorias com intuito de esmiuçar a análise e ampliar a compreensão sobre as mesmas.

Observa-se na Tabela 2 que, a partir da leitura e análise das transcrições das entrevistas dos 09 participantes da pesquisa submetida ao método *Grounded Theory*.

Este método privilegia a observação dos fenômenos sociais ao nível da expressão dos atores na sua situação social imediata, o que em termos do estudo desses fenômenos legitima o “estar lá”, o “observar”, testemunhando (e participando, [...] processo de construção da realidade social considerada (LOPES, 2003, s.p.).

Após as observações realizadas em um CAPS II, a pesquisa remeteu para a formulação de duas categorias principais, isto é (i) A lente pela qual o profissional vê o paciente, incluindo as subcategorias desamparo e desafio; (ii) Sentimentos da equipe, com as subcategorias aceitação e Envolvimento pessoal com meio de humanização

No âmbito das categorias e suas respectivas subcategorias, gerou-se então os códigos. Estes embasaram a discussão dos resultados obtidos a partir das

entrevistas com os participantes da pesquisa. Em linhas gerais, buscou-se conhecer, descrever e analisar os diversos aspectos que influenciam na percepção do enfermeiro frente ao processo de desinstitucionalização do paciente com transtorno mental e os reflexos deste processo na vida destes pacientes.

De modo geral, o resultado da pesquisa realizada no CAPS II a partir da utilização do método Grounded Theory, resultou na construção de um modelo de análise, que foi formulado a partir dos dados obtidos nas entrevistas com os diversos profissionais da saúde que trabalham naquela unidade de saúde.

[...] as questões formuladas para a pesquisa não são estabelecidas a partir da operacionalização de variáveis, mas se orientam para a compreensão dos fenômenos em toda a sua compreensão, complexidade e em seu acontecer histórico [...] o processo de coleta de dados caracteriza-se pela ênfase na compreensão (FREITAS, 2003).

Estes dados foram importantes para a compreensão do tamanho da importância que estes profissionais têm para que a desinstitucionalização do paciente lhe traga melhor qualidade de vida.

Tabela 2: Construção do modelo

Categories	Subcategorias	Códigos
A lente pela qual a equipe vê o paciente	Desamparo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vulnerabilidade emocional prejudica o atendimento. ✓ Dificulta-se a atuação o fato de não ser rotina esse tipo de atendimento. ✓ Pouco contato com o familiar
	Desafio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A falta de vivência prejudica a atuação. ✓ Não gosta do contato com tratamento psiquiátrico. ✓ Estado emocional do paciente psiquiátrico incomoda aos demais pacientes que não são psiquiátricos.
Sentimentos da equipe	Aceitação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Percebe o paciente sem desigualdade aos demais. ✓ Envolvimento emocional é importante para o cuidado. ✓ Demonstra que a agilidade, segurança e qualificação são importantes na atuação
	Envolvimento pessoal com meio de humanização	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Humanização melhora a qualidade da atuação. ✓ Assistência imediata com qualidade e humanização

FONTE: Pesquisa Empírica.

Conforme apresentado na tabela acima, a equipe multidisciplinar vê o paciente sob duas óticas: a do desamparo e a do desafio. No quesito desamparo, percebe-se que a equipe enxerga que a vulnerabilidade emocional prejudica o atendimento ao paciente com transtorno mental. (AZEVEDO; FERREIRA FILHA, 2012), afirmam que a dificuldade em cuidar do paciente portador de transtorno mental nos serviços de saúde é apresentada de forma enfática em outros estudos.

A falta de conhecimento teórico sobre temas da área de saúde mental faz com que os profissionais tenham inúmeras dúvidas, que acabam, muitas vezes, trazendo modo inadequado de abordagens e cuidados ao paciente com transtorno mental SILVA, (2012).

Partindo do fato de que os profissionais não tiveram formação específica para trabalhar com pacientes com transtornos mentais, a equipe sente dificuldade porque este tipo de atendimento não ocorre diariamente. Ainda em relação ao sentimento de desamparo, a equipe multidisciplinar aponta a falta de contato corriqueiro com os familiares dos pacientes como um desafio ao processo de desinstitucionalização, uma vez que a partir de desinstitucionalizado, o paciente precisa continuar sendo assistido pela equipe e principalmente pela família, que em muitos casos não assume sua responsabilidade com o tratamento.

Então, é esses grupos a todo momento a gente coloca pra esses familiares que eles podem estar vindo aqui a qualquer momento, ta esclarecendo as dúvidas deles, mas o principal é esse grupo, a gente fala dos termos de cada um dos pacientes, qual a problemática que eles tem, qual o transtorno do paciente, então nesses grupos de trabalho o transtorno é maneira que a família está lidando com esse transtorno a gente faz (ELIANA, entrevista).

Conforme o que foi pesquisado e sintetizado, a equipe multidisciplinar também olha para o paciente com transtorno mental como um desafio, eles sabem da importância da intervenção profissional frente o processo de desinstitucionalização destes pacientes e assim, surgem os desafios.

De acordo com a equipe, a falta vivência dificulta o atendimento dos pacientes, muitos profissionais reclamaram que a família só leva o paciente até o CAPS em momentos de crise, não seguem o roteiro de acompanhamento e isso causa prejuízo ao paciente e baixo resultado, conforme foi informado, a falta de contato do paciente com o estabelecimento de saúde é responsável por grande índice de institucionalização do paciente, que desassistido, não toma a medicação corretamente devido ao descaso de muitos familiares.

Para diminuir os danos causados pela ausência da família, nos Centros de

Atenção Psicossocial, existem grupos de famílias que tem por objetivo aproximar os familiares dos pacientes com transtornos mentais, discutir sobre o caso de cada um, para que o familiar perceba que não existem situações melhores ou piores, mas que percebam que a sua atuação é importante para a melhoria do paciente.

Primeiro, então quando eles chegam as vezes quando eles tiram o paciente da clínica, eles vem direto pra cá, a família as vezes já leva direto pra casa, quando eles vem direto pra cá a gente dá uma orientação pra família, de como lidar como tratar esse paciente, questão de regras, de limites, horários de tomar medicamento, de realizar uma atividade de lazer, então assim, essa é uma providência que a gente faz, e agora quando o CAPS II é chamado pra ir junto com a equipe desinstitucionalização que aqui também tem uma equipe desinst, que funciona junto com a RT, aí o CAPS vai junto na clínica, retira pra fazer a retirada desse paciente, a partir daí ele é orientado pra onde ele vai com quem ele vai ficar, como é que vai fazer, só que nem sempre isso funciona porque as vezes ele tá lá a muito tempo e não quer sair e aí ele foge, já teve casos, foi pra residência terapêutica e fugiu, aí tem casos de paciente são agressivos e não só para esses familiares que saíram, mas pra todos os familiares do CAPS. A gente pede bastante e o grupo de família que tem toda terça-feira 15h e 30 minutos, então assim, porque é um momento pros familiares entenderem quais são os transtornos, quais são digamos as doenças que eles têm e saber lidar com isso e também um momento de falar as angústias do familiar (PAULA), entrevista).

O trabalho com as famílias, segundo Santin e Klafke (2011), requer o estabelecimento de relações de cuidado com o cuidador e não apenas as relações com o familiar no papel de familiar, assim sendo, os grupos de família dão amparo emocional aos familiares de pacientes com transtorno mental, para que os mesmos possam lidar melhor com as dificuldades do dia a dia.

No CAPS não existe segregação no tratamento de pacientes com transtornos mentais, isso faz com que pacientes com diferentes níveis de transtorno tenham contato um com o outro. Esta situação também representa um desafio a toda equipe profissional do CAPS, pois existem pacientes que discriminam outros, desta forma os pacientes que apresentam grau de lucidez maior, abandonam o tratamento, pois não se veem necessitando do tratamento, que segundo eles é destinado a “doidos”. Neste caso, a equipe tem que trabalhar o sentimento de aceitação do quadro clínico do paciente, pois assim, as chances dele permanecer no tratamento, aumentam.

Esta pesquisa também se preocupou em apontar os sentimentos da

equipe em relação ao processo de desinstitucionalização do paciente com transtorno mental, a partir da ótica aceitação, percebeu-se que os profissionais da equipe multidisciplinar percebe o paciente sem desigualdade aos demais.

[...] é necessário tratar as pessoas com transtornos mentais de forma igualitária e sem discriminação, com o objetivo de evitar seu sofrimento e garantir o direito ao tratamento adequado. Para tanto, os profissionais de saúde são atores fundamentais no processo de consolidação da reforma psiquiátrica no país, visando à garantia da igualdade de oportunidades e tratamento (VENTURA, 2013).

Outro fato observado é que o envolvimento emocional dos profissionais com os pacientes e seus respectivos familiares ajuda no processo de aceitação. Ao desenvolver empatia os profissionais conseguem se por no lugar do paciente e este vínculo auxilia no tratamento, uma vez que a confiança dos pacientes é conquistada e o sentimento de aceitação é trabalhado. Watson (2011) confirma que um dos instrumentos mais adequados para estabelecer e manter a importante relação de ajuda confiança entre profissional e paciente é a empatia.

De acordo com o que foi analisado, verificou-se que o envolvimento pessoal com meio de humanização está ligado com o sentimento da equipe em relação ao paciente, uma vez que a equipe procura associar o tratamento clínico ao método de humanização, garantindo agilidade no atendimento, pois nesta abordagem evita-se o uso da força. O tratamento humanizado melhora a qualidade de vida do paciente e seu relacionamento com o tratamento e com a Unidade de Saúde.

Humanização é um ato ou efeito de humanizar, não é uma técnica, uma arte e muito menos um artifício, é um processo vivencial que permeia toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham, dando ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares que cada um se encontra no momento de sua internação (MALIK, 2000).

As percepções apresentadas acima basearam-se nas observações realizadas em um Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Rio Verde - GO. Durante a pesquisa de campo, percebeu-se que os profissionais da equipe multidisciplinar trabalham em equipe, estão comprometidos com o atendimento e tratamento dos pacientes com transtorno mental e com sua reabilitação social.

CONCLUSÃO

De acordo com o que foi analisado, a desinstitucionalização de pacientes com transtorno mental é um dos objetivos da reforma psiquiátrica implantada no Brasil a partir dos anos 90 do século XX. Uma das ferramentas desta reforma é o CAPS - Centros de Atenção Psicossocial, cujo objetivo é atender a todos aqueles que necessitam de tratamento na área de saúde mental e consequentemente promover sua reinserção social através da realização de tratamento adequado orientado por uma equipe multidisciplinar de profissionais que além do tratamento se comprometem com o fortalecimento de vínculos entre os pacientes, seus familiares e toda comunidade que o cerca.

Com a pesquisa realizada foi possível perceber que a equipe multidisciplinar que compõe o CAPS, formada por profissionais da área de administração, psicologia, enfermagem, assistência social, educação física e psiquiatria, trabalha em sincronia e com o compromisso de oferecer ao paciente um tratamento humanizado e sem discriminação. Assim, os profissionais da equipe multidisciplinar durante o acompanhamento ao paciente desenvolvem o sentimento de empatia pelos mesmos, este fato estimula a confiança dos pacientes em relação aos profissionais e em relação ao tratamento.

Conclui-se que a equipe multidisciplinar que acolhe o paciente com transtorno mental, tem um papel chave no processo de desinstitucionalização. Os reflexos deste processo na vida do paciente são perceptíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. **Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil**. In: Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, Paulo. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. A., SCARCELLI, I. R. & COSTA, E. S. (Orgs.), Fim de século: ainda manicômios? (pp.47-53). São Paulo: IPUSP, 1999.

ANGELO, Maurício. A transformação da saúde mental no Brasil. Disponível em: <<http://crimideia.com.br/blog/?m=201504>>. Acesso em maio 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Novembro, 2005.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília, DF, 06 abr. 2001

_____. Lei de 16 de dezembro de 1830. **Institui o Código Criminal.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LIM/LIM-16-12-1830.htm>. Acesso em 26 out/17.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 8.240 de 29 de dezembro de 2014.** Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 10. 2016 de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e aos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, Brasília, DF.

_____. **Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002.** Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2017

BARROSO, Sabrina Martins; SILVA, Mônica Aparecida. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia.** Revista da SPAGESP. Ribeirão Preto, São Paulo, v. 12, n. 1, jun. 2011.

CALGARO A, Souza EN. **Percepção do enfermeiro acerca da prática assistencial nos serviços públicos extra hospitalares de saúde mental.** Rev Gaúcha Enferm 2009;30(3):476-83.

CORRÊA, Samite Araújo de Souza. **A Importância do Enfermeiro para Pacientes Mentais no Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS).** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 2, Vol. 13. pp 395-416 janeiro de 2017.

DIMENSTEIN, Magda; BEZERRA, Cíntia Guedes. **Alta-assistida de usuários de um hospital psiquiátrico: uma proposta em análise.** Physis Revista de Saúde Coletiva, v. 19, n. 3, p. 829-848, 2009.

OLIVEIRA, W. F. de; MARTINHAGO, F.; MORAES, R. S. M. de. Entendendo o processo da reforma psiquiátrica: a construção da rede de atenção à saúde mental. Florianópolis: Abrasme; UFSC, 2009.

FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1968.

LIMA, Jorgina Tomaceli de Souza. O início da assistência à loucura no Brasil. Artigo (12fs). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/14411/14411.PDF>. Acesso em: ??????????

LOPES, M.J. A Metodologia da Grounded Theory. **Um contributo para a conceitualização na Enfermagem**. Revista Investigação em Enfermagem. Nº 8 Agosto. 63-74 p. 2003

MALIK, Ana Maria. **Humanização e Qualidade**. Disponível em: <https://www.opas.org.br/servico/>. Acesso em: 24 de novembro de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas, Brasília, nov.2005

DECLARAÇÃO DE CARACAS. **Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS)**, 1990.

TINOCO, Antonio Luiz. **Código Criminal do Império do Brasil – anotado**. Prefácio de Hamilton Carvalho. Ed. fac-sim. Brasília: Senado Federal Conselho Editorial, 2003, p. 24-28.

SILVEIRA LC, Braga VAB. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. Rev Latino-am Enfermagem 2005 julho-agosto; 13(4):591-5.

SALAZAR MK, Kemerer S, Amann M, Fabrey LJ. Defining the roles and functions of occupational and environmental health nurses: results of a national job analysis. AAOHN J 2002; 50(1):16-25.

CIÊNCIAS DA SAÚDE

ENFERMAGEM

**AValiação Toxicológica de Componentes Presentes
Nos Látices de *Euphorbia milli* Des Moulins E De *Euphorbia
tirucalli* L. Sobre As Larvas Do Mosquito *Aedes aegypti*
Linn**

TOXICOLOGICAL EVALUATION OF COMPOUNDS IN LATTICES OF
Euphorbia milli Des Moulins AND *Euphorbia tirucalli* L. ON THE LARVAE
OF THE *Aedes aegypti* Linn

Heliane Sousa da Silva¹²

Renata Bernardo Araújo¹³

Júnia de Oliveira Costa¹⁴

Helieder Cortes Freitas¹⁵

RESUMO

O látex de *Euphorbia milli* é um fluido leitoso de baixa densidade, possui um pH em torno de 4,5-5,0 e é altamente tóxico para os seres vivos. Desta forma, para testar a toxicidade destes látices vegetais sobre as larvas do mosquito *Aedes aegypti* Linn, as lavas foram capturadas com o auxílio de mosquitéricas que foram confeccionadas e colocadas em lugares estratégicos da cidade de Ituiutaba-MG. Os látices coletados de *Euphorbia milli* Des Moulins e *Euphorbia tirucalli* L. foram diluídos separadamente em tampão NH_4HCO_3 0,05 M. Em seguida, as soluções foram submetidas à temperatura de -20°C por de 72 horas. Após a centrifugação para a retirada da parte insolúvel em água, o sobrenadante resultante foi aplicado nas larvas de 3º estágio do mosquito *Aedes aegypti* Linn. As análises fitoquímicas foram realizadas com os sobrenadantes dos látices separadamente.

Palavras chaves: Látex. Toxicidade. *Aedes aegypti*.

ABSTRACT

The latex of *Euphorbia milli* is a milky fluid of low density, has a pH around 4.5 to 5.0 and is highly toxic to living beings. Thus, to test the toxicity of plant latex on the larvae of the mosquito *Aedes aegypti* Linn, the lavas were captured with the aid of mosquitéricas that were made and placed in strategic places in the city of Ituiutaba-MG. Initially, the

¹² Doutor pelo Instituto de Química da Universidade Federal de Uberlândia – UFU (helianesousa@hotmail.com).

¹³ Mestre pelo Instituto de Química da Universidade São Paulo –USP (narer@hotmail.com).

¹⁴ Professora doutora e Coordenadora de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação – IFTM/Campus Ituiutaba (juniacosta@iftm.edu.br).

¹⁵ Professor Doutor da Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG (corteshf@yahoo.com.br).

latex of *Euphorbia milli* and *Euphorbia Des Moulins tirucalli* L. were diluted separately in 0.05 M NH_4HCO_3 buffer. Then the solutions were subjected to a temperature of -20°C for 72 hours. After centrifugation to remove the part insoluble in water, the resulting supernatant was applied to the 3rd stage larvae of the mosquito *Aedes aegypti* Linn. The phytochemical analysis was performed with the supernatants of the lattices separately.

Keys words: Latex. Toxicity. *Aedes aegypti*.

INTRODUÇÃO

Capazes de alterar o conjunto funcional orgânico, as plantas tóxicas, mais precisamente a família das Euphorbiaceae, classificadas pelo botânico Carolus Linnaeus, provoca reações químicas adversas em contato com a nossa pele como irritações, edemas, e distúrbios clínicos complexos e graves. O grau de toxicidade depende da dosagem e do indivíduo. Há substâncias altamente tóxicas que, em dosagens mínimas, entram na composição de vários remédios. E, há ainda, aquelas que só fazem efeito cumulativamente, mas a maioria entra em ação ao primeiro contato (ALBUQUERQUE, 2003, ; PANNEERSELVAM et al, 2013, 102).

A espécie *Euphorbia milii* Des Moulins (coroa-de-cristo) é uma planta laticífera, muito tóxica, originária de Madagascar, muito utilizada como cerca viva e como planta ornamental. O látex desta planta é um fluído leitoso que contém um aglomerado de materiais de baixa densidade, comuns aos látices e várias enzimas, bem como vitaminas, carboidratos, lipídeos e aminoácidos livres (MATOS et al, 2011, 134)

O Avelós (*Euphorbia tirucalli*) é uma planta da família Euphorbiaceae que vem sendo utilizada popularmente no tratamento do câncer, tosse, asma, gonorreia. Esta planta nativa da África chegou ao Brasil em 1892. É considerada uma planta tóxica, pois o seu látex é corrosivo em contato com pele e mucosas (KUMAR et al., 2010, 1672).

Há uma extensa literatura relatando o potencial moluscicida de várias espécies do gênero *Euphorbia*. Teoricamente, essas plantas representam uma solução de baixo custo e ecologicamente correta no combate de vetores da esquistossomose (HUA et al., 2017, 2).

Estudiosos relatam que alguns componentes do látex estão sendo empregados como medicamento no tratamento de hepatite e edema abdominal. Seu látex apresenta ainda compostos com propriedades cosmetológicas e ação moluscicida (HUA et al., 2017, 1).

A dengue, o Zika e a Chikungunya são infecções virais transmitidos por mosquitos do gênero *Aedes*. Estas enfermidades são consideradas uma das

maiores preocupações mundiais de Saúde Pública. A dengue apresenta ampla incidência nos países tropicais e subtropicais, e estima-se que aproximadamente 1,3 bilhões de pessoas estejam em risco de serem infectadas com o vírus (CURTIS et al., 2017, 197).

O mosquito *Aedes aegypti* L. é o principal inseto transmissor da dengue nos países tropicais. Nas Américas, é responsável por freqüentes epidemias e a circulação dos quatro sorotipos do vírus no continente. Na tentativa de manter a incidência da enfermidade sob controle, são destinadas, continuamente, quantias significativas de recursos para programas contra o vetor, porém surtos de epidemias são freqüentes. Esse fato decorre de fatores relacionados à biologia e ao comportamento do vetor, somados aos problemas típicos dos centros urbanos (CALVO, et. Al., 2016, 32).

A dengue é endêmica em todos os continentes exceto a Europa, e a epidemia da febre hemorrágica de dengue ocorre na Ásia, nas Américas e algumas ilhas do Pacífico (ABDUL et al.2008, 756).

O Zika vírus (ZIKV) é outro arbovírus da família Flaviviridae, gênero Flavivirus, foi isolado primeiramente de um primata febril não-humano na Zika Forest na Uganda em 1947. A doença é caracterizada por uma ampla gama de sintomas clínicos, incluindo febre, erupção cutânea, dor de cabeça, dor retro-orbital, mialgia, artrite, conjuntivite e vômitos, que são sinais clínicos semelhantes à doença da dengue (MAYER et al., 2017)

Surtos recentes de infecção por Zika vírus foram associados a doenças mais graves. O aumento da transmissão de Zika vírus no Brasil em 2015 foi coincidindo com um aumento na ocorrência de microcefalia (MLAKAR et al., 2016) um defeito de nascimento que resulta em uma redução no tamanho da cabeça, causando várias complicações, incluindo desenvolvimento demora. Além disso, a infecção por Zika vírus também foi associada com a doença auto-imune neurológica, Guillain- Síndrome de Barre (TEIXEIRA et al., 2016, 601).

Chikungunya Vírus (CHIKV) é um membro do gênero Alphavirus, família Togaviridae, cujos sintomas caracterizam-se, principalmente, pela [febre](#) alta (cerca de 39°C) e fortes dores nas articulações (CALVO, et al., 2016, 32).

Embora os surtos de CHIKV tenham sido relatados desde a década de 1950 na África e na Ásia, de 2013 a dezembro de 2015, 1,8 milhões de casos e 265 mortes foram relatados nas Américas. Na República Dominicana foram registrados 540000 casos em 2014 e na Colômbia 356000 casos em 2015. (CALVO, et al., 2016, 32).

O controle do culicídeo utilizando inseticidas, constitui a principal medida adotada pelos Programas de Saúde Pública. Entretanto, em diferentes partes do mundo (RAWLINS e WAN 1995, 59) e no Brasil (MACORIS et al. 2003, 703), tem sido registrada a resistência desse díptero aos inseticidas convencionais. Tendo em vista a grande diversidade de vegetais existente no Brasil (SANDES e BLASI 2000, 28).

Diversos estudos comprovam a atividade larvicida de extratos vegetais contra diferentes espécies de mosquitos incluindo *A. aegypti* (PANNEERSELVAM et al, 2013, 102). Os látices vegetais proporcionam a utilização de biomoléculas com atividade específica no controle de vetores de doenças endêmicas que, pela sua complexidade de composição, diminuem os riscos de resistência e minimiza a toxicidade para o meio ambiente (PORTO et al. 2008, 586).

Estudos a partir de extratos vegetais surgem com a expectativa de se encontrarem substâncias com propriedades inseticidas e simultaneamente seletivas para serem usadas em futuras formulações de um produto comercial.

Tendo em vista os fatos apresentados, o presente trabalho determinou o potencial larvicida dos látices vegetais de *Euphorbia milli* Des Moulins e de *Euphorbia tirucali* contra as larvas de *A. aegypti* Linn.

METODOLOGIA

As larvas do mosquito foram cedidas pelo Centro de Controle de Zoonoses de Ituiutaba, a partir de coletas em bairros da cidade de Ituiutaba-MG e também foram capturadas através de armadilhas (mosquitérica) que foram deixados em lugares estratégicos da cidade.

Os látices de coroa-de-cristo (*Euphorbia milii* Des Moulins) e de avelós (*Euphorbia tirucalli*) coletados, foram diluídos separadamente em tampão bicarbonato de amônio (AMBIC) 0,05 M pH 7,8. Para a administração dos látices brutos em larvas do *Aedes aegypti* Linn, as proporções foram determinadas por meio de ensaios pilotos, visando obter resultados satisfatórios. Para o fracionamento destes látices, a proporção foi de 1:4, sendo acondicionado em geladeira por no mínimo 24 horas. Logo em seguida, a mistura foi submetida à temperatura de - 20 °C por cerca de 72 horas. Posteriormente, foi centrifugada por 20 min a 10.000 x g até que toda a porção insolúvel em água fosse retirada. Os sobrenadantes resultantes foram aplicados nas larvas do mosquito da dengue para inferir a toxicidade.

As larvas de terceiro estágio foram colocadas em tubos de vidro (20 mm-100 mm) contendo 5 mL de solução. Os ensaios foram realizados no mínimo em triplicata. O comportamento larval foi monitorado por 24 horas em temperatura que simule as suas condições naturais de sobrevivência.

Análise fitoquímica

A presença de terpenos foi determinada utilizando o teste de Liebermann-Burchard, que consiste em pegar dois mL do sobrenadante dos látices em um tubo de ensaio e dissolver três mL de clorofórmio. Em seguida, colocou-se dois mL de anidrido acético sob agitação. Adicionou-se cinco gotas de ácido sulfúrico

concentrado á solução resultante. O aparecimento sucessivo de cores do róseo ao azul e verde caracteriza-se a presença de terpenos.

A investigação da presença de alcalóides na planta foi feito com ensaios específicos, onde misturou-se dois mL do sobrenadante do látex em HCl a 1%, seguida de aquecimento da mistura a 100°C por dois minutos. Em seguida, acrescentou-se o reagente de Dragendorff. O aparecimento de um precipitado vermelho alaranjado confirma a presença desse metabólito.

As saponinas foram avaliadas pelo teste de espuma, que consiste no tratamento de dois mL do látex bruto em cinco mL de água destilada colocados em um tubo de ensaio. Após agitação vigorosa por cinco minutos, a persistência de espuma por 30 minutos evidencia a presença de saponinas.

RESULTADOS E DICUSSÃO

Os resultados mostraram que o látex bruto de *Euphorbia milii* Des Moulins desencadeou a mortalidade de larvas cerca de 45 minutos após a aplicação. A melhor diluição do sobrenadante do látex em tampão AMBIC 0,05 M foi de 1:10 (Figura 1). O controle contendo somente tampão não resultou em mortalidade larval.

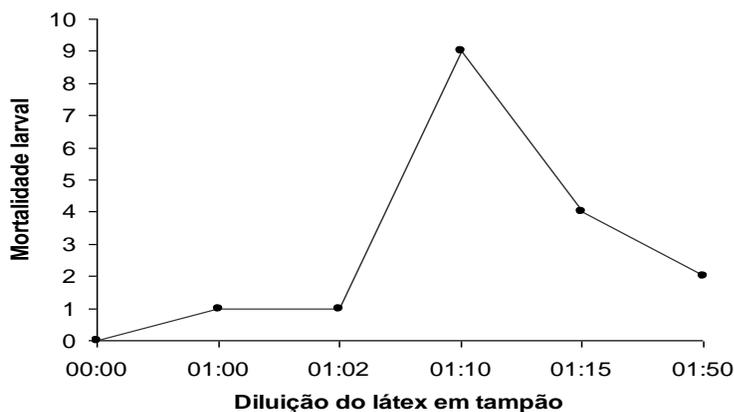


GRÁFICO 1: Toxicidade do látex de *Euphorbia milii* Des Moulins sobre as lavas de terceiro estágio do *Aedes aegypti* Linn

* Todos os resultados referem-se à média de 5 ensaios.

Fonte: Autor, 2017

Assim como o látex de coroa-de-cristo, o látex de avelós possui efeito tardio, desencadeando cerca de 90% de mortalidade larval após 24 horas da aplicação, conforme mostra a figura 2.

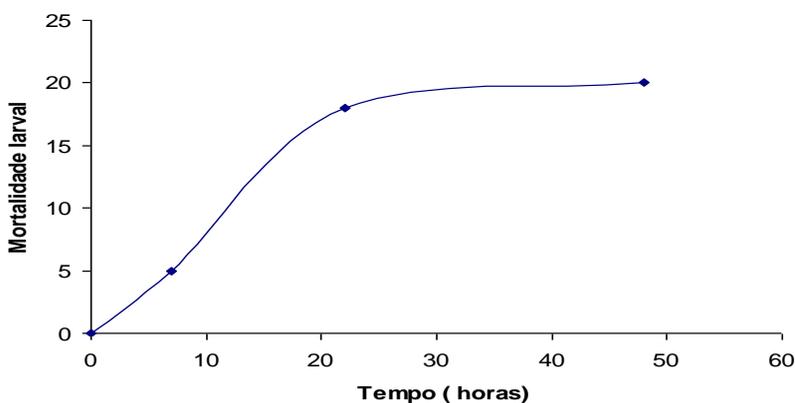


GRÁFICO 2: Perfil tóxico do látex *Euphorbia tirucalli* L. diluído em água quando administrado em larvas de 3º estágio do mosquito *A. aegypti* Linn.

Fonte: Autor, 2017

A análise fitoquímica qualitativa, baseada na metodologia proposta, evidenciou a presença de alguns metabólitos que conferem a toxicidade a esses látices conforme mostra a tabela 1.

TABELA 1: Análise fitoquímica do sobrenadante dos látices vegetais

	Alcalóides	Terpenos	Saponinas
<i>Euphorbia milli</i>	positivo	positivo	positivo
<i>Euphorbia tirucalli</i>	positivo	positivo	negativo

Fonte: Autor, 2017

CONCLUSÃO

O estudo da toxicidade do Látex vegetal de *Euphorbia milli* Des Moulins e de *Euphorbia tirucalli* Lineu sobre as larvas do *Aedes aegypti* Linn é cientificamente, economicamente e comercialmente promissora, pois nossos resultados comprovaram a existência de componentes que possuem atividade larvicida e inseticida. Desta forma, num futuro próximo, poderá ser desenvolvido um produto natural que combata as larvas do vetor da febre amarela e do dengue.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDUL et al. **Isolation and identification of mosquito larvicidal compound from *Abutilon indicum* (Linn.) Sweet.** Rev. Parasitology Research, 26, 2008, 756-758.

ALBUQUERQUE, J.M. 2003. **Plantas suspeitas de serem tóxicas. No jardim e no campo.** Disponível em: < [http:// infomídia. com.estudante](http://infomídia.com.estudante) >. Acesso em: 10 jan. 2005.

CALVO, E. P., QUETEA, F. S., DURÁNA, S., SANDOVALA, I., CASTELLANOS. J. E. **Easy and inexpensive molecular detection of dengue, chikungunya and zika viruses in febrile patients.** Acta Tropica, 163, 2016, 32-37

CURTIS, A., QUINN, M., OBENAUER, J., RENK, B. M. **Supporting local health decision making with spatial video: Dengue, Chikungunya and Zika risks in a data poor, informal community in Nicaragua.** Applied Geography, 87, 2017, 197-206.

HUA, J., LIU, Y., XIAO, C. J., JING, S. X., LUO, S. H. LI, S. H. **Chemical profile and defensive function of the latex of *Euphorbia peplus***. *Phytochemistry* .2017, 1-9

KUMAR, A., PRASAD, M. R., MISHRA, D., SRIVASTAV, S. K., SRIVASTAV, A. K. **Toxicity of aqueous extract of *Euphorbia tirucalli* latex on catfish, *Heteropneustes fossilis***. *Ecotoxicology and Environmental Safety*. 73, 2010, 1671-1673.

MACORIS, M.L.G., ANDRIGHETTI, M.T.M.; TAKAKU, L. C.M.; GLASSER, V.C. GARBELOTO & BRACCO, J.E. **Resistance of *Aedes aegypti* from the state of São Paulo, Brazil, to organophosphates insecticides**. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*. 98, 2003, 703-708.

MATOS, R. A., CORDEIRO, T. S., SAMAD, R. E. VIEIRA, N. D., COURROL, L. C. **Green synthesis of stable silver nanoparticles using *Euphorbia milii* latex**. *Colloids and Surfaces A: Physicochem. Eng. Aspects*, 389, 2011, 134- 137.

MAYER, S. V., ROBERT B. VASILAKIS, T. N. The emergence of arthropod-borne viral diseases: a global prospective on Dengue, chikungunya and zika fevers. **Acta Tropica, 166, 2017, 155-163**

MLAKAR J, KORVA M, TUL N, POPOVIC M, POLJSKAK-PRIJATELJ M, MRAZ J, KOLENC M, RESMAN RUS K, VESNAVER VIPOTNIK T, FABJAN VODUSEK V et al.: **Zika virus associated with microcephaly**. *N Engl J Med*. 374, 2016, 951-958.

PANNEERSELVAM, C., MURUGAN, K., KOVENDAN, K., MAHESH, P., SUBRAMANIAM. J. **Mosquito larvicidal and pupicidal activity of *Euphorbia hirta* Linn. (Family: Euphorbiaceae) and *Bacillus sphaericus* against *Anopheles stephensi* Liston. (Diptera: Culicidae)**. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*. 2013, 102-109.

PORTO, KARLA REJANE DE ANDRADE et al. **Atividade larvicida do óleo de *Anacardium humile* Saint Hill sobre *Aedes aegypti* (Linnaeus, 1762) (Diptera, Culicidae)**. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 41, n. 6, 2008, 586-589.

RAWLINS, S. & WAN, J.O.H. **Resistance in some Caribbean population of *Aedes aegypti* to several insecticides**. *J. Am. Mosq. Control*. 11, 1995, 59-65.

SANDES, A.R.R. & BLASI, G. **Biodiversidade química e genética**. *Biotec. Ciê. Des*. 13, 2000, 28-37.

TEIXEIRA M G, COSTA MDA C, DE OLIVEIRA WK, NUNES ML, RODRIGUES LC: **The epidemic of Zika virus-related microcephaly in Brazil: detection, control, etiology, and future scenarios**. *Am J Public Health*. 106, 2016, 601-605.

FATORES PREDISPOSTOS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E A RELAÇÃO COM O ESTILO DE VIDA DE SERVIDORES PÚBLICOS

PRESIDENTING FACTORS OF SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION AND THE RELATIONSHIP WITH THE LIVING STYLE OF PUBLIC SERVANTS

Cleide de Jesus Gonçalves¹⁶

Maria Letícia Lima Silva¹⁷

Rafaela Ferreira Ribeiro¹⁸

Ranielly Cristina Sabino Martins¹⁹

Talita Xavier de Oliveira²⁰

RESUMO

O objetivo deste artigo é identificar os fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no estilo de vida dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das Estratégias de Saúde da Família (ESF) do Município de São Simão - Goiás, além de conhecer e classificar o nível pressórico do grupo pesquisado. O interesse por este tema surgiu após análise e discussão criteriosa com docentes e discentes da Faculdade de Enfermagem sobre o assunto sugerido para este projeto, possibilitando oferecer subsídios que permitam reflexões sobre os fatores de risco para HAS na saúde coletiva. O problema proposto será avaliar quais os fatores predisponentes da HAS relacionados ao estilo de vida dos servidores públicos das ESF do Município de São Simão-Goiás. Acredita-se que os hábitos sociais (sedentarismo/ tabagismo/etilismo) estarão como principais fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica no grupo pesquisado. Trata-se de uma pesquisa descritiva, observacional com abordagem quantitativa e qualitativa de corte transversal. O intuito dessa pesquisa é analisar o estilo de vida e prevenção da HAS da população de ACS das ESF da cidade de São Simão.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Fatores predisponentes. Servidores públicos.

¹⁶ Acadêmica do curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (cleidejesus12@mail.com).

¹⁷ Acadêmica do curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (mariahletycia-1005@hotmail.com).

¹⁸ Acadêmica do curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (rafaelaferreira1507@gmail.com).

¹⁹ Acadêmica do curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (ranielly147@hotmail.com).

²⁰ Acadêmica do curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (talytaxavierdeoliveira@hotmail.com).

ABSTRACT

The aim of this article is to identify the risk factors for Systemic Arterial Hypertension (SAH) in the Community Health Agents' (ACS) lifestyle of the Family Health Strategies (ESF) of the Municipality of São Simão - Goiás. the pressure level of the group being searched. The proposed problem will be to evaluate the predisposing factors of the SAH related to the life style of the public servants of the FHS of the Municipality of São Simão-Goiás. It is believed that social habits (sedentarism / smoking / alcoholism) will be the main risk factors for systemic arterial hypertension in the group studied. The interest for this topic arose after careful analysis and discussion with teachers and students of the Faculty of Nursing on the subject suggested for this project, allowing to offer subsidies that allow reflections on the risk factors for SAH in collective health. It is a descriptive, observational research with a quantitative and qualitative cross-sectional approach. The aim of this research is to analyze the lifestyle and prevention of SAH of the PHC population of the ESF in the city of São Simão.

KEYWORDS: Systemic Arterial Hypertension. Predisposing factors. Public servers.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a 1ª (primeira) causa de morte no Brasil. Em quase todos os casos de derrame cerebral, doença vascular encefálica e infarto agudo do miocárdio, a hipertensão arterial sistêmica é a principal responsável por esse quadro alarmante. De acordo com os cardiologistas aproximadamente 60% destes casos tem origem a partir da hipertensão, a qual pode afetar órgãos vitais como o coração, o rim e o cérebro se não for tratada corretamente.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é caracterizada como uma doença que se associa a um agregado de distúrbios metabólicos e características sociodemográficas.

O objetivo geral desta pesquisa será identificar os fatores de risco para HAS no estilo de vida dos ACS das ESF do Município de São Simão-Goiás, além de conhecer e classificar o nível pressórico do grupo pesquisado. Os objetivos específicos serão observar a associação de alguns fatores de risco cardiovasculares e hábitos de vida (tabagismo, etilismo, obesidade, dieta, atividade física) com a Hipertensão Arterial Sistêmica; descrever o perfil sociodemográficos dos adultos desta pesquisa acometidos pela HAS e verificar a incidência e o perfil epidemiológico da Hipertensão Arterial Sistêmica no grupo pesquisado.

Ao realizar um levantamento teórico foi analisado que a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma patologia que acomete um número elevado da população, e seu crescimento deve-se a vários fatores de risco que propiciam ao seu aparecimento. Apresentando-se precocemente em jovens adultos entre 24 e 32 anos de idade.

Neste contexto a enfermagem exerce, juntamente com os demais profissionais da saúde, papel primordial na aplicação de ações que envolvam o hipertenso. Enfocando que a enfermagem está em contato direto com a comunidade em geral, em órgãos públicos, academias; clínicas/consultórios, universidades, empresas, nos serviços hospitalares como no atendimento básico da saúde, entre outros, é de suma importância que todos os profissionais que formam a enfermagem estejam em sintonia no acompanhamento dos indivíduos que apresentam fatores de riscos predisponentes para hipertensão arterial sistêmica e os que já possuem a doença instalada com manifestações clínicas.

O interesse por este tema surgiu após análise e discussão criteriosa com docentes e discentes da Faculdade de Enfermagem sobre o assunto sugerido para este projeto, possibilitando oferecer subsídios que permitam reflexões sobre os fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica na saúde coletiva.

A problemática da pesquisa são quais os fatores predisponentes da Hipertensão Arterial Sistêmica relacionados ao estilo de vida dos servidores públicos das Estratégias de Saúde da Família do Município de São Simão-Goiás?

Acredita-se que os hábitos sociais (sedentarismo/tabagismo/etilismo) estarão como principais fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica no grupo pesquisado, visto que os possíveis participantes da pesquisa convivem no mundo pós-moderno e tecnológico, onde a acomodação é uma constante.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, observacional com abordagem quantitativa e qualitativa de corte transversal, caracterizado pela investigação instantânea, na qual os sujeitos da pesquisa serão reunidos em dois momentos estabelecidos pelo pesquisador e todas as informações de cada indivíduo serão coletadas nestas oportunidades, havendo necessidade de acompanhamento desses sujeitos.

A pesquisa abrangerá 29 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuantes nas Estratégias de Saúde da Família do Município de São Simão- GO, onde serão convidados a participar deste estudo através de um memorando interno enviado a cada departamento anexado a Autorização da Pesquisa pela Direção de Graduação da Instituição de Ensino Superior (FAQUI- Faculdade Quirinópolis) e Secretário Geral de Saúde do Município de São Simão.

A presente pesquisa será realizada nas Estratégias de Saúde da Família do Município de São Simão- GO, localizada em uma cidade no interior de Goiás, portanto a aplicação da pesquisa ocorrerá com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desta instituição lotados nas ESF I - Waguines Julio de Castro, ESF II - João Nunes da Silva, ESF III - Sergio Antonio de Moura e ESF IV - Sahul Brauer.

Para responder a pesquisa, verificar a pressão arterial e os dados antropométricos, os voluntários contarão com seu próprio ambiente de trabalho, em horários pré-determinados por cada dirigente de departamento, respeitando o horário de trabalho e descanso dos voluntários, estima-se que será ocupado em média 10 minutos de cada voluntário para esta pesquisa.

A pesquisa está prevista para acontecer no período de setembro a outubro do ano de 2018, com pessoas de ambos os sexos entre a faixa etária de 18 a 59 anos.

Para desenvolver o tema proposto para esta pesquisa lançou-se mão de algumas referências na área, a saber:

Para o capítulo um, cujo tema é Hipertensão Arterial Sistêmica, selecionou-se os seguintes autores: Radovanovic et al (2014) que estudam sobre “Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos”, com o objetivo de identificar a prevalência da hipertensão arterial e sua associação com fatores de risco cardiovasculares em adultos.

Malachias et al (2016) atualizam a “VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial” que visa oferecer à comunidade médica brasileira um guia prático, objetivo e adequado à nossa realidade, para ser utilizado como referência na prática diária.

Malta et al (2017) analisam a “Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros” onde pretende analisar os fatores associados à hipertensão arterial autorreferida entre adultos nas capitais brasileiras.

Para o capítulo dois, cujo tema é fatores predisponentes, selecionou-se os seguintes autores: Weschenfelder e Gue (2012) propõem um estudo sobre “Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família” buscando sobre os principais fatores de risco modificáveis para a hipertensão arterial.

Veiga et al (2007) abordam sobre “Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira” visa estimar a prevalência da hipertensão arterial (HA) e de alguns fatores de risco cardiovasculares na população adulta de uma capital brasileira.

Ferreira et al (2006) apontam a “Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006” analisa a frequência de hipertensão arterial sistêmica auto-referida e fatores associados.

Para o capítulo três, cujo o tema é servidores públicos, selecionou-se os seguintes autores: Gomes (2008) consideram o “A subjetividade do servidor público constituída na relação com o estado e a sociedade” que busca refletir sobre aspectos da subjetividade do trabalhador que atua dentro do serviço público, o servidor público.

Nunes e Lins (2009) estudam a “Servidores públicos federais: uma análise

do prazer e sofrimento no trabalho” que objetivou identificar fatores que proporcionam prazer ou sofrimento no âmbito do trabalho e caracterizar os agravos à saúde do trabalhador de enfermagem.

Dias (1995) dispõe a “Responsabilidade disciplinar dos servidores públicos” refere a responsabilidade dos servidores públicos que atuam na área de saúde, médicos, ou não, submete-se, ainda, a normas disciplinares específicas.

Filgueiras e Silva (2011) estudam “Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil” que teve como objetivo discutir os aspectos facilitadores e limitantes das atividades designadas aos ACS.

Gomes et al (2010) analisam “O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas” que realizou uma análise crítica sobre a contribuição deste profissional para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

1.1 Conceito/ fisiopatologia

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é estabelecida pela medida da força que o sangue exerce na parede das artérias em repouso. Caracterizada como uma condição clínica multifatorial associada a níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) (Malachias et al 2016), que quando elevada pode causar danos às mesmas e a órgãos, tais como cérebro e rins. São considerados portadores de HAS indivíduos com PA igual ou superior a 140 x 90 milímetros de mercúrio (mmHg).

TABELA 1- Classificação do comportamento da Pressão Arterial, pela medida de consultório (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão Estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão Estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥140	<90

Fonte: VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016)

A HAS é uma síndrome a qual é caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados comumente associados com alterações metabólicas, além de fenômenos tróficos, os quais incluem hipertrofia cardíaca e vascular, além de alterações hormonais (MALTA et al 2017).

Conforme Malachias et al (2016), 24,3% corresponde à prevalência da HAS, sendo que 250 000 mortes por ano é de responsabilidade das doenças cardiovasculares, as quais, quase metade delas tem participação da HAS. Estudos recentes permitem identificar grande prevalência entre idosos, a qual varia de 52% a 63%, podendo assim concluir-se que se trata de um problema de saúde pública devida a dificuldade de controle, além da elevada prevalência e alto custo de internação (RADOVANOVIC et al 2014).

A hipertensão arterial sistêmica é uma patologia assintomática com evolução clínica lenta e de grande prevalência em idosos, sendo que a mesma tende a evoluir para complicações renais, cerebrovasculares e cardiovasculares, tornando-se assim determinantes nas elevadas taxas de morbidade e mortalidade dessa população (MALTA et al 2017).

Os depósitos de gordura nas paredes interna das artérias formam ateromas, os quais reduzem o calibre das artérias, causando uma oclusão da mesma, o qual ocasiona uma interrupção súbita nesse fluxo sanguíneo, faltando assim nutrição dos tecidos envolvidos nessa circulação (MALACHIAS et al 2016).

Existem duas classificações para a HAS quando se refere à etiologia, sendo dividida em primária ou essencial e secundária (MALTA et al 2017).

A HAS primária é a que mais acomete a população no geral. Sua causa é desconhecida, mas de possível identificação por meio de diversos estudos para conhecer seus fatores predisponentes, enquanto a secundária envolve mecanismos neurais, hormonais e vasculares em alguns casos, é passível de cura se realizada a remoção da causa (RADOVANOVIC et al 2014).

Para o diagnóstico correto devem-se excluir alguns fatores, tais como: inadequação do tratamento, medida errônea da PA, hipertensão do avental branco, negligência do tratamento, interação medicamentosa e a progressão das lesões que acometem os órgãos-alvos da hipertensão (MALACHIAS et al, 2016).

1.2 Diagnóstico/Medidas de Hipertensão Arterial Sistêmica

Conforme Malta (2017) a avaliação da hipertensão arterial sistêmica tem três objetivos a serem atingidos: 1) avaliação precisa da PA; 2) estratificação do risco cardiovascular geral do indivíduo; 3) Identificação e tratamento das causas da hipertensão.

Por se tratar de uma doença assintomática o diagnóstico na maioria das vezes é negligenciado ou feito tardiamente, acrescentando a isso a não execução do tratamento prescrito e das recomendações existentes, são fatores que determinam o baixo controle da hipertensão arterial sistêmica (RADOVANOVIC et al, 2014).

O elemento comprovado para diagnosticar a HAS é a medida da PA (pressão arterial), a qual conforme a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016) tem como valores limítrofes para PAS (pressão arterial sistólica) ou máxima 130-139 mmHg e para PAD (pressão arterial diastólica) ou mínima 85-89 mmHg, sendo que valores maiores que 140 mmHg para PAS e 90 mmHg para PAD o indivíduo já é considerado hipertenso.

A repetição da aferição da pressão é de suma importância em indivíduos sem diagnóstico prévio, o qual apresenta níveis elevados de PA, devido a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, o qual consiste na elevação da pressão arterial diante a presença do profissional da saúde (MALTA, 2017).

Os procedimentos adequados para a aferição da PA foram abordados pelas VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016).

TABELA 2- Procedimentos para obtenção da Pressão Arterial segundo VII Diretriz Brasileira de Hipertensão

Preparo do paciente:

1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.

2. Certificar-se de que o paciente NÃO:

- Está com a bexiga cheia
- Praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos
- Ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos
- Fumou nos 30 minutos anteriores

3. Posicionamento do paciente

Deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado.

O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

Para a medida propriamente:

1. Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço*.

2. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital.

3. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.

4. Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica.

5. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.

6. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação.
7. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).
8. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco seguido de batidas regulares, e, após aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.
9. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).
10. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.
11. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero.
12. Sugere-se esperar em torno de um minuto para nova medida, embora esse aspecto seja controverso.^{10,11}
13. Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente.
14. Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida.

Fonte: VII Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2016)

1.3 Aferição fora do consultório

Refere-se à automedida da pressão arterial (AMPA) realizada fora do consultório por familiares, profissionais da saúde ou até mesmo pelo próprio indivíduo. A possibilidade de obter um valor real é a principal vantagem desse método, visto que o indivíduo está mais habituado com o ambiente (MALACHIAS et al, 2016).

1.4 Medida residencial da pressão arterial (MRPA)

É um método eficaz no diagnóstico da HAS, pois é realizado pelo próprio indivíduo ou por uma pessoa treinada, podendo ser feito no trabalho ou domicílio, no qual é realizado três aferições pela manhã e três a noite por durante cinco dias (MALTA, 2017).

1.5 Medida ambulatorial da pressão arterial (MAPA)

Consiste no registro da PA em um período de 24 horas enquanto o indivíduo realiza suas atividades rotineiras e também durante o sono, sendo adotado como anormal valores acima de 130/80 para a média, 135/85 e 120/70 mmHg durante a vigília e sono, respectivamente (VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

TABELA 3- Valores da PA no consultório, MAPA e MRPA que caracterizam efeito do avental branco, hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada

	Consultório	MAPA	MRPA
Normotensão	< 140/ 90	≤130/80 média 24 horas	≤135/85
Hipertensão	≥140/90	>130/80 média 24 horas	>135/85
Hipertensão do avental branco	≥140/90	≤135/85 média vigília	≤ 135/85
Hipertensão mascarada	<140/90	>135/85 média vigília	>135/85

Fonte: VII Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2016)

2 FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

É de fundamental importância a identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento da HAS visto que as lesões atribuídas à mesma são na verdade antecedentes a ela ou concomitante, facilitando assim a adoção de medidas para o tratamento preventivo ou terapêutico (WESCHENFELDER e GUE, 2012).

Alguns fatores que podem ser destacados para o surgimento da HAS são: idade superior a 65 anos, cor negra, elevado IMC e sedentarismo, grande ingestão de sal e álcool, fatores genéticos, pessoas desfavorecidas socioeconomicamente (VEIGA et al, 2007).

Dentre os principais fatores de risco para HAS incluem: idade, hereditariedade e sexo, os quais são considerados fatores de risco não modificáveis, já os fatores modificáveis são os hábitos sociais, os quais incluem tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e obesidade, hábitos alimentares e uso de anticoncepcional, além do estresse (FERREIRA et al, 2006).

Devido à relação parcial com o estilo de vida a hipertensão arterial pode ser minimizada, tratada ou até mesmo evitada realizando mudanças nesses hábitos, adotando um estilo de vida saudável. Caso o indivíduo não apresente melhora no quadro clínico em seis meses deve ser reavaliado e se necessário iniciar o tratamento medicamentoso (VEIGA et al, 2007).

2.1 Idade e sexo

A prevalência da HAS é maior em indivíduos com idade superior a 40 anos de idade de ambos os sexos e principalmente em obesos ou com sobrepeso (FERREIRA et al, 2006).

Conforme Weschenfelder e Gue (2012) a pressão arterial em mulheres é mais baixa devido aos hormônios ovarianos, sendo que com a chegada da menopausa essa prevalência tende a se igualar entre homens e mulheres.

2.2 Hereditariedade

Segundo estudo realizado por Veiga et al (2007) 55,6% dos indivíduos que foram avaliados possuem antecedentes familiares de HAS.

O fator de risco mais importante para as DCV é a hereditariedade, sendo esse um fator de risco inevitável (FERREIRA et al 2006).

2.3 Tabagismo

O tabagismo é um fator de risco para hipertensão arterial sistêmica visto que a frequência cardíaca e a PA se elevam durante o ato de fumar (VEIGA et al, 2007).

Segundo Ferreira et al (2006) existem 4720 diferentes substâncias tóxicas na fumaça do cigarro que constitui duas diferentes fases fundamentais: a fase particulada e a fase gasosa.

Existem quatro principais componentes no cigarro que são responsáveis por causar danos cardiovasculares, os quais são: monóxido de carbono, nicotina, benzopireno e radicais livres são responsáveis por lesar e distender o endotélio causar hipóxia tecidual, arritmia nas fibras cardíacas, entre outros. Cessar o fumo é a maneira mais eficaz para diminuir a incidência das DCV e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos (WESCHENFELDER e GUE 2012).

2.4 Etilismo

Conforme Ferreira et al (2006), qualquer profissional da saúde pode intervir no combate do alcoolismo, sendo que o mesmo em excesso oferece risco ao indivíduo, sendo que o mesmo está relacionado com o hábito de vida do indivíduo.

A ingestão de álcool aumenta tanto a pressão diastólica quanto a sistólica e é proporcional a quantidade ingerida, sendo em média de 3 a 5 coquetéis, essa elevação é observada tanto em homem quanto em mulheres (VEIGA et al, 2007).

Conforme Ferreira et al (2006) a cada 10 gramas de álcool eleva a PA em 1 mmHg, sendo assim, a redução no consumo diminui os valores da pressão arterial.

Em estudo de Veiga et al (2007) verificou a relação direta entre etilismo e a elevação da PA não levando em conta o gênero.

Sedentarismo, alcoolismo, tabagismo e uma dieta inadequada são fatores de risco para hipertensão arterial considerado comportamental, pois os mesmos são hábitos do indivíduo (WESCHENFELDER e GUE, 2012).

2.5 Anticoncepcionais

De acordo com Ferreira et al (2006) os vasos sanguíneos são alvos dos hormônios contidos nos anticoncepcionais, pois os mesmos possuem receptores

de progesterona e estrogênio em todas as camadas.

Conforme a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016) o uso de anticoncepcional oral aumenta de 2 a 3 vezes a prevalência da HAS, sendo contraindicado seu uso em mulheres com idade superior a 35 anos e tabagistas.

Em mulheres que utilizam anticoncepcional oral, a incidência da HAS é de duas a três vezes mais comum. Sendo assim a medicação é interrompida imediatamente. No caso de mulheres após a menopausa inicia-se o tratamento com reposição estrogênica, pois a mesma tem pouca influência sobre a PA (WESCHENFELDER e GUE, 2012).

2.6 Sedentarismo e obesidade

A obesidade é caracterizada pelo excesso de tecido adiposo, principalmente em região abdominal, que é decorrente de maus hábitos alimentares, inatividade física, patrimônio genético e até mesmo disfunções endócrinas, sendo assim, o indivíduo obeso tem uma maior propensão no desenvolvimento de patologias como a HAS, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares (DCV), entre outras (VEIGA et al, 2007).

Observou-se em um estudo realizado por Ferreira et al (2006) que os fatores de riscos cardiovasculares estão intimamente ligados com o sedentarismo, IMC (índice de massa corporal), idade e diabetes *mellitus*.

Já no Brasil, esse crescente aumento da obesidade, que é uma doença crônica, afeta todas as camadas sociais, inclusive as de baixa renda, pois o alto índice de morbidade e mortalidade cardiovascular tem como consequência o aumento de custo para o sistema de saúde, além de reduzir a expectativa de vida e acarretar danos ao bem-estar dos indivíduos (WESCHENFELDER e GUE, 2012).

O sedentarismo e a disponibilidade de alimentos industrializados e de alto valor calórico têm aumentado a incidência das DCV, sendo que a prevenção e o diagnóstico precoce são de suma importância não apenas pelo efeito nocivo a saúde, mas também pelo risco do desenvolvimento de diversas outras patologias (VEIGA et al, 2007).

Visando a redução ou até mesmo evitar o uso de medicamentos têm se aproveitado os benefícios do exercício físico no tratamento inicial da hipertensão (FERREIRA et al, 2006).

2.7 Hábitos alimentares

A ingestão de uma alimentação adequada é importante para o controle da HAS, visto que uma boa alimentação favorece um controle do peso corporal, da PA e do metabolismo. Como os hábitos alimentares são fixados no ambiente familiar, tornam-se difíceis de serem modificados, devendo também ser considerados fatores socioeconômicos culturais e educacionais (VEIGA et al, 2007).

O indivíduo portador, não somente de HAS, como também de outras DCV, deve restringir o sódio de sua dieta e acrescentar vegetais e frutas, pois a dieta inadequada potencializa a ocorrência da hipertensão e de outras patologias associadas (WESCHENFELDER e GUE, 2012).

A hipercolesterolemia decorrente da má alimentação é um fator contribuinte para a elevação da pressão arterial, pois ocasiona disfunção endotelial, ativa o sistema renina-angiotensina e alguns outros fatores além também da diminuição da disponibilidade do ácido nítrico (FERREIRA et al, 2006).

Uma dieta que tem obtido grande resultado na redução da PA é a DASH (Dietary Approache to Stop Hypertension), que é composta por grande quantidade de fibras, verduras, hortaliças, frutas e laticínios com reduzidos teores de gordura (VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

Conforme Veiga (2007) as atitudes já abordadas acima estão ligadas diretamente ao adoecimento das pessoas, influenciando assim na qualidade de vida e longevidade dos indivíduos, sendo necessária uma prevenção primária, a qual visa a redução dos fatores de risco modificáveis, tais como: tabagismo, sedentarismo, obesidade, má alimentação e etilismo.

3 SERVIDORES PÚBLICOS

Servidor público são as pessoas físicas que prestam serviços para a união, que abrange o estado, município e distrito federal seja nas áreas da saúde, educação e administrativa do órgão competente, com vínculo empregatício e mediante remuneração paga pelos cofres públicos. Portanto, são considerados servidores públicos os estatutários, contratados, concursados ou indicados que são regidos por um estatuto definidor de direitos e obrigações (NUNES e LINS, 2009).

Diante do serviço, dos direitos e deveres do servidor público, o seu foco deve basear-se no bem da coletividade, viabilizados pelo Estado e são eles os agentes que projetam as ações e a implementação das políticas de gestão do governo e que, em geral, atuam diretamente ou indiretamente para os cidadãos (GOMES, 2008).

De acordo com Dias (1995), os servidores públicos civis da união, para a posse de um cargo público são necessários alguns requisitos básicos como: a nacionalidade brasileira, o gozo dos direitos políticos, a quitação com as obrigações militares e eleitorais, o nível de escolaridade exigido para o exercício do cargo, a idade mínima de dezoito anos, aptidão física e mental.

3.1 Unidade Básica de Saúde (UBS)

Segundo o Ministério da Saúde (MS) a UBS deve promover e proteger a saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a

redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL; SAÚDE; ATENÇÃO À SAÚDE, 2012).

A UBS é o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. É instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e, com isso, desempenha um papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2007).

Na UBS, é possível receber atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica (BRASIL, 2011).

Segundo a PNAB a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária e deve ser construída segundo normas sanitárias e de infraestruturas definidas pelo Departamento (BRASIL; SAÚDE; ATENÇÃO À SAÚDE, 2012).

De acordo com o Ministério da saúde (2011) as equipes de saúde da UBS devem ser constituídas no mínimo por médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal.

3.2 Agente Comunitário de Saúde (ACS)

O trabalho de um ACS é fundamental, pois é ele quem está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade e consegue ter um bom desempenho em comunicar-se com as pessoas (GOMES et al, 2010).

Segundo Filgueiras e Silva (2011) o Programa de agente comunitário de saúde (PACS), foi criado em 1991 para organizar a atuação em território, visando a construção de um vínculo entre equipe e usuários de saúde. Exercendo o acolhimento que é a porta de entrada da unidade representando um avanço para o acolhimento na unidade de saúde, pois o agente comunitário tem conhecimento detalhado das micro áreas e aborda os usuários de forma a melhorar o fluxo e o atendimento na unidade.

De acordo com Gomes et al (2010) o ACS deve acompanhar as famílias,

por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas, buscando sempre a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS. Devem desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês ou, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, em número maior. O ACS também é responsável por cobrir toda a população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família.

3.3 Rede de atenção à saúde na cidade de São Simão

Na cidade de São Simão GO a rede de atenção à saúde é composta por 5 UBS, sendo uma localizada no distrito de Itaguaçu, um CAPS, e uma equipe do NASF e um local onde funciona a Secretaria de Saúde e o Hospital Municipal.

As UBS são localizadas em prédios novos, construídos de acordo com a legislação do Ministério da Saúde, nessas unidades há o atendimento de saúde da mulher, saúde da criança, obstetrícia e o atendimento de promoção e prevenção da saúde, há o tratamento de odontologia. Nessas unidades estão distribuídos 32 ACS, 5 médicos que atendem na clínica geral, 5 profissionais de higiene e alimentação, 10 técnicos de enfermagem, 5 recepcionistas, 10 auxiliares de saúde bucal, 10 cirurgiões dentistas, e uma nutricionista.

Os serviços de atendimento de especialidades são encaminhados à secretaria de saúde que atendem as especialidades de cardiologia, obstetrícia, cirurgia geral, pediatria, otorrinolaringologia, ortopedia, fonoaudiologia, psicologia, psiquiatria, fisioterapia, urologia, gastrologia, ginecologia e vacinação. As especialidades que não são atendidas nesta unidade são encaminhadas ao atendimento fora da cidade em Goiânia, Rio Verde, Jales, Barretos, Ituiutaba e Santa Helena.

No CAPS há o atendimento de pessoas encaminhadas das unidades básicas, a equipe é composta por médico clínico geral, psicóloga, recepcionista, terapeuta. No NASF há uma equipe constituída por educador físico, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, recepcionista e terapeuta ocupacional, esta equipe desenvolve trabalho na sua unidade e atividades junto às equipes de UBS. No Hospital Municipal há o atendimento de urgência e emergência, cirurgias eletivas e de emergência.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Humaniza SUS – Cartilha Gestão participativa, Co-gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Humaniza SUS – Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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 Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

DIAS, HP. A responsabilidade pela saúde: aspectos jurídicos [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 69 p. ISBN 85-85676-10-8. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

FERREIRA, Sandra Roberta Gouvea et al. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 98-106, Nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000900013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000900013>.

FILGUEIRAS, Andréa Sabino; SILVA, Ana Lúcia Abrahão. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-916, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300008&lng=en&nrm=iso>. Access on 28 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000300008>.

GOMES, Karine de Oliveira et al. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1143-1164, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400005>.

GOMES, Nanci Fonseca. A subjetividade do servidor público constituída na relação com o estado e a sociedade. **Psicol. Am. Lat.**, México, n. 15, dez. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 Fev. 2018.

JARDIM, Paulo César B. Veiga et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 88, n. 4, p. 452-457, Apr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007000400015>.

MAGRINI, Weschenfelder; Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. **Revista eletrônica trimestral de Enfermeria**. Abril 2012.

MALACHIAS MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107(3Supl.3):1-83.

MALTA, Deborah Carvalho; et al. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Revista de Saúde Pública [en linea]** 2017, 51 [Fecha de consulta: 28 de febrero de 2018] Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67251395015>> ISSN 0034-8910.

NUNES, Aline Vieira de Lima; LINS, Samuel Lincoln Bezerra. Servidores públicos federais: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 51-67, jun. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572009000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 Fev. 2018.

RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade, Afonso dos Santos, Lucimary, de Barros Carvalho, Maria Dalva, Silva Marcon, Sonia, Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [en linea]** 2014, 22 (Julio-Agosto): [Fecha de consulta: 28 de febrero de 2018] Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281432119004>>. Acesso em: 28 Fev. 2018.

QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES PORTADORES DO DIABETES MELLITUS TIPO 1 E TIPO 2

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 1 AND TYPE 2

Eva Jessica Rezende Fleuri²¹

Larissa Munhoz Andrade Fernandes²²

Luana Rafaela Nunes Monteiro²³

Lyvya Aparecida da Silva²⁴

Thaynara Freitas da Silva²⁵

RESUMO

Este artigo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida de pacientes portadores do Diabetes tipo 1 e tipo 2, por meio do questionário *Whoqol Bref*. Justifica-se o presente estudo, pelo fato de que o Diabetes Mellitus é considerado atualmente um problema de saúde pública, mundial, mas pode ser bem controlado, evitando complicações que minam a qualidade de vida dos pacientes ou mesmo abreviam sua vida. Propõe-se como questionamento analisar qual índice de qualidade de vida dos pacientes portadores de Diabetes tipo 1 e tipo 2 analisados? A metodologia adotada é a de uma pesquisa exploratória de caráter bibliográfico com pesquisa de campo e a aplicação do questionário acima citado, além de análise quantitativa dos dados que avaliará a situação de um grupo restrito de acometidos por esse problema. Aponta-se por resultado a ampliação do debate sobre o tema, o que pode potencializar futuros leitores a adotarem tal prevenção.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Diabetes Mellitus. Saúde. Paciente.

ABSTRACT

This abstract has the objective of evaluating the quality of life of patients with type 1 and type 2 diabetes, using the *Whoqol Bref* questionnaire. The present

²¹ Acadêmica do curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (evajessica26@gmail.com).

²² Acadêmica do curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (larissaandrade1501@gmail.com).

²³ Acadêmica do curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (luana05monteiro@hotmail.com).

²⁴ Acadêmica do curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (lyvyasilva@icloud.com).

²⁵ Acadêmica do curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (thaynarafreitas2412@gmail.com).

study justifies the fact that Diabetes Mellitus is currently considered a global public health problem, but it can be well controlled, avoiding complications that undermine patients' quality of life or even shorten their lives. It is proposed as a question to analyze which index of quality of life of patients with Type 1 and type 2 Diabetes analyzed? The methodology adopted is an exploratory bibliographic research with field research and the application of the above mentioned questionnaire, as well as a quantitative analysis of the data that will evaluate the situation of a restricted group of affected by this problem. As a result, the debate on the topic is expanded, which may lead future readers to adopt such prevention.

Words-key: Quality of life. Diabetes Mellitus. Health. Patient

INTRODUÇÃO

Qualidade de vida está diretamente relacionada às condições de saúde e doença e tem aspectos subjetivos com relação ao estilo de vida, se fuma ou se alimenta de forma saudável, bem como aspectos objetivos com relação às condições de vida. A OMS definiu saúde como um completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença (WHO, 1946). No entanto, as políticas em saúde e a própria formação dos profissionais sempre priorizaram o controle da morbidade e mortalidade pois há vários pontos de vista sobre a qualidade de vida.

Diabetes Mellitus é uma síndrome caracterizada pela presença de hiperglicemia. É uma doença crônica em que há uma interação entre fatores genéticos e ambientais que induzem a uma autoimune contra as células beta pancreáticas que evoluem com insulinoopenia relativa ou absoluta, resultando em hiperglicemia significativa. Nesse processo há preservação das células alfa e delta. Tudo indica que os indivíduos já nasceram com predisposição genética para o desenvolvimento da doença, e há inúmeras evidências demonstrando a reação entre os fatores genéticos e o DM1. Até o momento, foram identificados 15 loci também associados a outras doenças autoimunes como tireoidite e doença ciliaca (CALLIARI 2006). O diabetes pode ser causado também por estresse, alimentação rica em carboidratos como bala, doces, açúcares, certos medicamentos, menopausa e cirurgias. Se não controlar a doença surgem complicações como retinopatia e neuropatia, assim como distúrbios como cefaleia, irritabilidade, palidez, inquietude, sudorese, desmaios, convulsões, confusões mentais, taquicardia e até coma.

O principal objetivo do estudo é avaliar a qualidade de vida dos portadores do DM por meio do questionário Wolqol Bref e ainda apresentar fatores socioeconômicos, hábitos alimentares, falta de atividade física, índice

glicêmico que podem afetar a qualidade de vida desses pacientes. Justifica-se o presente estudo pelo fato do DM ser um problema mundial, sendo ainda desconhecido para muitas pessoas, assim causando várias complicações.

Esta pesquisa foi classificada como exploratória e segundo Gil (1946, p. 41) a mesma têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Na maioria dos casos essas pesquisas envolvem levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão (SELLTIZ et al. 1967, p. 63).

Esta pesquisa está caracterizada como bibliográfica, assim na concepção de Segundo Gil (1946) é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas e a principal vantagem reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

Propôs-se ainda um estudo de campo para se efetivar esta pesquisa já que, segundo Gil (1946), este apresenta muitas semelhanças com o levantamento. Distingue-se, porém, em diversos aspectos. Pode-se afirmar que o levantamento tem maior alcance e o estudo de campo maior profundidade; tipicamente, o estudo de campo focaliza uma comunidade, que não é necessariamente geográfica, já que pode ser uma comunidade de trabalho, estudo, lazer ou voltada para qualquer outra atividade humana.

Para o estudo de campo será aplicado o Questionario Whoqol Bref, sendo constituído de 26 perguntas, divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Este questionário avalia como nos sentimos a respeito da qualidade de vida, saúde e outras áreas da vida. O critério de seleção das questões para compor o Whoqol-bref foi tanto psicométrico como conceitual. No nível conceitual, foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS de que o caráter abrangente do instrumento original (o Whoqol-100) deveria ser preservado. Assim, cada uma das 24 facetas que compõem o Whoqol-100 deveria ser representada por uma questão. No nível psicométrico foi então selecionada a questão que mais altamente se correlacionasse com o escore total do Whoqol-100, calculado pela média de todas as facetas. Após esta etapa, os itens selecionados foram examinados por um painel de peritos para estabelecer se representavam conceitualmente cada domínio de onde as facetas provinham.

Para desenvolver a tema proposto para este trabalho foram localizadas algumas referências na área e no primeiro tópico pretende-se discorrer sobre a

temática qualidade de vida, recorrendo a autores localizados foram:

Dantas, et al (2003). “Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo”, que teve como objetivo analisar a produção científica sobre a temática qualidade de vida, produzida pelas universidades públicas do Estado de São Paulo.

Souza, et al. (2003): “Programa de saúde da família e qualidade de vida”, com o objetivo de analisar a produção científica sobre a temática, o que permitirá uma reflexão sobre este constructo no Brasil.

Laurenti (2003). “Mensuração da qualidade de vida. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo”, com o objetivo, a partir da leitura, de discutir e analisar a literatura especializada, apresentar as principais abordagens, conceitos e propostas de classificação e avaliação da qualidade de vida. Verificou-se que as abordagens e conceitualizações sobre a qualidade de vida se apresentam na literatura de forma diversificada, e, por vezes, divergentes.

Para o segundo tópico, cuja a temática é qualidade de vida dos pacientes portadores de diabetes mellitus, foram localizados os seguintes autores:

Queiroz, et al. (2009). “Adaptação cultural e validação do instrumento Diabetes, versão para brasileiros com diabetes mellitus”; tem como objetivo de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com diabetes mellitus, antes e após participação em um programa educativo de cinco meses.

Gomes e Cobas (2009): “Cuidados de enfermagem em diabetes. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes”, objetivou-se avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de pessoas com Diabetes Mellitus. Pesquisa transversal realizada com 100 diabéticos. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista individual.

Almeida et al. (2012): “Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo”; objetivou-se identificar o perfil sócio demográfico de pessoas com diabetes mellitus, integrantes do Grupo dos Diabéticos e avaliar a qualidade de vida das pessoas com diabetes mellitus.

No terceiro tópico, cujo tema é diabetes mellitus, lançou-se mãos das seguintes referenciais:

Azevedo e Gross (1990): “Aspectos especiais da dieta no tratamento do diabetes mellitus” com o objetivo de esclarecer quanto à causa, complicações, alterações, prevalência e outros aspectos sobre o diabetes mellitus.

Debray, R. (1995). “O equilíbrio psicossomático: Um estudo sobre diabéticos. São Paulo”; tem como objetivo visar às repercussões que esta doença crônica traz, contribuindo com reflexões sobre os aspectos emocionais vivenciados pelos portadores de diabetes mellitus.

Brasil. (2013): “Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica”, que trata da Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília”, tendo o objetivo de identificar o conhecimento dos pacientes portadores de diabetes mellitus,

inseridos no Programa de Saúde ao Adulto.

1 O QUE É QUALIDADE DE VIDA

O tema qualidade de vida (QV) tem sido bastante discutido nesse novo século. A QV surgiu com o crescimento econômico após a Segunda Guerra Mundial, porém começou a ser aplicada no Brasil a partir de 1970, com o advento da Constituição de 1988 e a criação do SUS para atendimento dos pacientes usuários desse sistema.

Segundo a OMS (2000) qualidade de vida é definida em seis domínios caracterizados em saúde física, psicológica, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e padrão espiritual, tendo como objetivo analisar a percepção de cada indivíduo. É relevante, porém é difícil ser avaliada em virtude da falta de informação da população sobre o que vem a ser a mesma (DANTAS, SAWADA, MALERBO. 2003)

A fim de esclarecer o significado do termo QV foram analisadas várias literaturas especializadas e verificou-se que cada literatura apresenta este de forma diferente e até mesmo contraditória. Bem-estar e estilo de vida estão inseridos no tema como sinônimos e para diferencia-las é necessário observar qualidade de vida em situações de intervenção.

As definições na literatura especializada apresentam-se, tanto de forma global, enfatizando a satisfação geral com a vida, como dividida em componentes que, em conjunto, indicariam uma aproximação do conceito geral. A forma como é abordada e os indicadores adotados estão diretamente ligados aos interesses científicos e políticos de cada estudo e área de investigação, bem como das possibilidades de operacionalização e avaliação (FARQUHAR. 1995)

Esta preocupação se dá devido à expectativa de diminuir a mortalidade e aumentar a expectativa de vida. A percepção de cada indivíduo sobre sua posição na vida no contexto de cultura varia de acordo com o objetivo de cada um. O termo qualidade de vida subentende-se que seja só referente a algo bom, todavia o seu significado pode ser relacionado a um grupo e se referir a aspectos bons ou ruins.

Discorrer sobre a QV em si é bem complexo, pois não há uma definição certa sobre o tema, já que vários pesquisadores possuem diferentes visões particulares e agrupam vários itens. Porém tal estudo permite comparar a QV de pacientes sadios e aqueles que possuem doenças vivendo em diferentes contextos sociais e culturais.

As teorias médicas de qualidade de vida historicamente têm por base a cura e sobrevivência das pessoas. Também pelo fato que muitas intervenções médicas causam efeitos colaterais desagradáveis, considerar a qualidade de vida durante o tratamento também é importante (PEREIRA, TEIXEIRA, SANTOS, 2012, p. 243)

Dentro do que fora citado observou-se a importância de avaliar a QV do paciente ainda em tratamento, visto que os efeitos colaterais não devem se sobressair aos resultados. A qualidade de vida incide diretamente no processo de cuidado e cura do paciente.

Foi observado em uma análise mais ampla que QV aborda parâmetros como bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal, satisfação com necessidades básicas e econômicas e sociais; outro aspecto que define a qualidade de vida é a possibilidade de livre arbítrio.

Não existe uma teoria do tema que seja amplamente aceita, visto que não inclui somente bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também aspectos importantes como trabalho, família, amigos, sendo primordial a percepção pessoal (Gill & Feisntein, 1994).

Segundo Tani (2002) devido ao uso ambíguo do termo qualidade de vida existe a possibilidade do mesmo ser abolido; políticos usam de má fé afirmando que proporcionarão aos eleitores bem-estar para conseguir benefício próprio. Provocando-se indignação da sociedade, visto que esse conceito oportunista exprime uma meta nobre a ser perseguida que deveriam ser preservados o significado quanto valor, porém o mesmo é deixado de lado.

As pesquisas sobre QV no Brasil vem aumentando a cada ano, sendo entrevistados para pesquisa adultos acometidos por alguma patologia, no intuito de conhecer na íntegra como é a convivência com os efeitos colaterais do tratamento. O estado de saúde é importante, porém nem todo aspecto da vida é de questão médica ou sanitária.

2 DIABETE MELLITUS

O Diabetes Mellitus é uma doença que compromete o metabolismo dos carboidratos, gorduras e proteínas, quando o nível de glicose no sangue se torna mais elevado do que o normal ou por ausência de insulina (hormônio produzido pelo pâncreas que regula o nível de glicose no sangue), causando a hiperglicemia (COTRAN, KUMAR; ROBBINS, 1994).

A hiperglicemia é o aumento do açúcar no sangue e por modificações no metabolismo. Estas têm como consequência alterações nos vasos sanguíneos de pequeno calibre, as quais prejudicam a circulação sanguínea, podendo levar a amputações, insuficiência renal e perda da visão.

O diabetes mellitus é uma doença crônica, caracterizada pela elevação da glicose (açúcar) no sangue acima da taxa normal (hiperglicemia). A taxa normal é de aproximadamente 60 a 110 mg%. Ele é causado por fatores genéticos (herdados) e ambientais, isto é: a pessoa quando nasce já traz consigo a possibilidade de ficar diabética. Quando, aliado a isso, se traz fatores como obesidade, infecções bacterianas e viróticas, traumas emocionais, gravidez etc., a doença pode surgir mais cedo (ZAGURY; ZAGURY; GUIDACCI, 2000, p. 16).

Há dois tipos de diabetes: tipo 1 e tipo 2. O primeiro acontece quando a produção de insulina do pâncreas é insuficiente, já que este perde a capacidade de produzir insulina, por conta de um defeito do sistema imunológico, fazendo com que os anticorpos ataquem as células que produzem esse hormônio por não as reconhecerem mais (SARTORELLI; FRANCO, 1990).

É provável que isso ocorra por conta de uma predisposição genética, e os portadores do diabetes mellitus tipo 1 devem aplicar injeções diárias de insulina para manterem a glicose no sangue em valores normais; também evitar os açúcares simples presentes nos doces e carboidratos simples como massas e pães, pois eles possuem um índice glicêmico muito alto. A preferência é por carboidratos complexos (castanhas, nozes, grãos integrais) que serão absorvidos mais lentamente. Também é indicado atividade física no tratamento do diabetes para manter os níveis de açúcar no sangue controlados e afastar os riscos de ganho de peso.

Já o diabetes mellitus tipo 2, ocorre em pessoas a partir dos 40 anos de idade. O pâncreas libera muita insulina levando as células β a se deteriorarem, fazendo com que não produza insulina (GUYTON; HALL, 2002). O resultado disso é o aumento de glicose no sangue, podendo existir um grau de hiperglicemia suficiente para provocar alterações patológicas e funcionais em vários tecidos. Uns dos fatores de risco dessa doença é a obesidade, sedentarismo, stress, elevado consumo de gorduras saturadas, alimentos hipercalóricos e abandono do exercício físico.

Com o passar do tempo, a concentração alta de glicose lesiona os vasos sanguíneos, os nervos e outras estruturas internas, provocando espessamento nas paredes dos vasos sanguíneos transportando cada vez menos sangue (GUYTON; HALL, 1997).

A má circulação, seja através dos vasos sanguíneos, pode lesar o coração, o cérebro, os membros inferiores, os olhos, os rins, os nervos e a pele e, além disso, retardar a cura das lesões. Por todas essas razões, os indivíduos diabéticos podem apresentar muitas complicações graves a longo prazo. Os infartos do miocárdio e os acidentes vasculares cerebrais são as mais comuns (SMELTZER; BARE, 2002, p 31).

Todas as feridas cicatrizam lentamente, a pele pode formar úlceras profundas, algumas bem infeccionadas, levando à amputação das mesmas, por isso é importante o tratamento para retardar a doença por meio do controle glicêmico.

3 QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 E 2

Diabetes Mellitus (DM) é um problema de saúde pública em virtude do aumento significativo e com o tempo podem aparecer complicações devido ao mau controle glicêmico, deteriorando o estado de saúde. A posteriori haverá uma diminuição na Qualidade de Vida (QV) provocando debilidade do estado físico, prejuízo da capacidade funcional, dor em membros inferiores, dificuldades nas atividades diárias e no relacionamento social e instabilidade emocional.

Estima-se que, após 15 anos do aparecimento do DM, 2% dos indivíduos acometidos apresentarão cegueira, 10%, problemas visuais graves, 30% a 45%, algum grau de retinopatia, 10% a 20%, de nefropatia, 20% a 35%, de neuropatia e 10% a 25%, de doença cardiovascular (2). Esses problemas de saúde elevam de forma significativa os custos para o atendimento ao indivíduo com DM e acarretam prejuízo à sua QV, considerando -se a dor e ansiedade geradas pelo aparecimento progressivo dessas complicações (2). (FARIA et al. 2013, p. 349).

Depois da descoberta do DM observou-se que pacientes apresentam complicações como cegueira, problemas visuais graves, retinopatia, nefropatia neuropatia e doenças cardiovasculares. Estas patologias podem aparecer todas ou apenas algumas em cada paciente, sendo os maiores índices a renopatia e a neuropatia, os quais trarão prejuízos a sua QV e custos a cada indivíduo portadores da DM.

O estudo tem o intuito de saber o grau de informação do portador da DM, qual o tratamento o mesmo opinou, se este conseguiu ter o resultado (diminuição da glicemia capilar e dos sintomas) adaptação psicológica devido

aos problemas enfrentados (FARIA et al, 2013, p. 349).

Indubitavelmente o estudo trará informações adequadas para garantir a sua QV, auxiliar na diminuição dos sintomas e indicar o tratamento a ser seguido. Programas educativos têm como principal objetivo alertar toda a população sobre os aspectos físicos, funcionalidade, dor, da condição geral de saúde assim como da vitalidade. Porém não existem estudos que avaliam a QV relacionada à saúde após a aplicação do programa educativo (FARIA et al, 2013, p. 349).

CONCLUSÃO

Por ser uma pesquisa de campo e ainda não ser aplicado o questionário woolq-bref. Acredita-se que a qualidade de vida dos portadores do diabetes mellitus não é apropriada, pelo fato de muitas atividades diárias serem prejudicadas devido à própria complicação das doenças, assim faz-se necessário desenvolver atividades com estes para que tenha QV mesmo quando a doença já está instalada.

Dentre estas atividades poderão ser ministradas palestras que trarão informações do que vem a ser a doença, sintomas, tratamento, dieta indicada (de uma forma geral, pois esse é uma função do profissional especializado nutricionista) e, dessa forma, contribuir para a melhora na qualidade de vida desses pacientes.

Também como forma de incentivo mostrar ao paciente a importância do portador do DM fazer exercícios físicos regulares. Por meio de conversas, palestras, não deixando de mencionar o tratamento que deve ser seguido de acordo com a prescrição médica.

REFERÊNCIAS

- CHIBANTE, Carla Lube de Pinho et al. **Qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus**. 2014. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/11909>>. Acesso em: 09 de mar. 2018.
- DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti; SAWADA, Namie Okino; MALERBO, Maria Bernadete. **Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 532-538, Aug. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Abr. 2018.
- FARIA, Heloisa Turcato Gimenes et al. **Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 348-354, Apr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Abr. 2018.

- GREGHI, Eliana de Fátima Martins; PASCON, Daniela Miori. **Conhecimento dos pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 inseridos no programa de saúde ao adulto.** 2016. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/download/23746/pdf>>. Acesso em : 09 de mar. 2018.
- LANDEIRO, Graziela Macedo Bastos et al. **Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados SciELO.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4257-4266, Oct. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001100031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 abr. 2018.
- LEAL, Loisláyne Barros et al. **Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com diabetes mellitus tipo 2.** 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/download/1101/1062>>. Acesso em: 09 mar. 2018.
- LUCENA, Joana Bezerra da Silva. **Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2.** 2007. Disponível em: <<http://arquivo.fmu.br/prodisc/farmacia/jbsl.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2018. Acesso em: 09 de mar. 2018.
- MARCELINO, Daniela Botti; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. **Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional.** Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 72-77, Apr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 apr. 2018.
- PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. **Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação.** Rev. bras. educ. fís. Esporte, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-250, June 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 apr. 2018.

A ABORDAGEM BIOPSIKOSSOCIAL E ESPIRITUAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO PACIENTE CONTEXTUALIZADA COM OS CUIDADOS PALIATIVOS¹

THE BIOPSYCHOSOCIAL AND SPIRITUAL APPROACH IN THE INTENSIVE PATIENT THERAPY UNIT CONTEXTED WITH PALLIATIVE CARE²

Adriana Ribeiro da Silva Ferreira 26

Caroline Dutra Nunes 27

Kadinaria de Souza Ferreira 28

Mírian Roberta Fernandes Pereira 29

Ana Carolina Tinoco 30

RESUMO

Este artigo propõe um estudo a respeito dos cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Prestar assistência paliativa, o que trata de assistir o paciente em estado grave para diminuir seu sofrimento, aumentar a sua confiança, autonomia, autoestima, além de confortar a dor. Nesse sentido, identificar características nos profissionais paliativistas quanto às competências e o mix de habilidades que o enfermeiro especialista em UTI deve dominar num contexto sistêmico objetivo/subjetivo na busca significativa de qualidade de vida do paciente terminal. Caracterizar a assistência e o prognóstico do paciente em estado crítico, exigido pelo Ministério da Saúde. A excelência dos profissionais de enfermagem se faz pela qualidade das ações na relação enfermeiro/paciente quanto à humanização, agilidade das atribuições críticas que não podem ser negligenciadas. A estruturação do profissional de enfermagem é determinada por via da equivalência qualidade/competência. É imprescindível que o profissional tenha olhos/sondagem clínica ao seu paciente crítico numa mensuração com os cuidados e/ou assistência paliativa, evitando o sofrimento do paciente e garantindo a este uma maior qualidade de vida durante a sua fase terminal. Tem-se por primícias a humanização que propõe a humanização e o respeito ao enfermo em quadro crítico ou não, mas que, normalmente é recuperável. Teve-se como estudo para detectar o fenômeno quanto ao objeto estudado os métodos/técnicas, o bibliográfico/exploratório; método qualitativo que, embora, num contexto de uma sistematização objetiva, vivenciou o psicoafetivo na subjetividade na relação enfermeiro/paciente, na prática da humanização nas UTIs.

²⁶ Acadêmica de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (driferreira28@gmail.com).

²⁷ Acadêmica de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (carol.dutranunes@gmail.com).

²⁸ Acadêmica de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (kadinaria@gmail.com).

²⁹ Acadêmica de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (miriannairimero@gmail.com).

³⁰ Docente do curso e Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (actinocos@gmail.com).

Palavras-chave: Cuidados paliativos. UTI. Abordagem multiprofissional e interdisciplinar.

ABSTRACT

This article proposes a study about palliative care in the Intensive Care Unit (ICU). Providing palliative care, which seeks to assist the patient in a serious condition to reduce their suffering, increase their confidence, autonomy, self-esteem, and comfort the pain. In this sense, to identify characteristics in the palliative professionals regarding the skills and the skill mix that the ICU specialist nurse must master in an objective / subjective systemic context in the significant search for the terminal patient's quality of life. To characterize the care and prognosis of the critically ill patient, as required by the Ministry of Health. The excellence of nursing professionals is due to the quality of actions in the nurse / patient relationship regarding humanization, agility of critical assignments that can not be neglected. The structure of the nursing professional is determined through the equivalence of quality / competence. It is imperative that the professional has clinical eyes / probing to his / her critical patient in a measurement with the care and / or palliative care, avoiding the suffering of the patient and guaranteeing a higher quality of life during the terminal phase. The first is humanization, which proposes humanization and respect for the sick in a critical or non-critical context, but which is usually recoverable. The method / technique, the bibliographical / exploratory method was used to detect the phenomenon regarding the studied object; a qualitative method that, although in a context of an objective systematization, experienced the psycho-affective in subjectivity in the nurse / patient relationship, in the practice of humanization in the ICUs.

Key-words: Palliative care. ICU. Multiprofessional and interdisciplinary approach.

INTRODUÇÃO

O conhecimento acerca dos cuidados paliativos deve fazer parte da doutrina de trabalho da equipe especialista em pacientes internados em condição terminal na Unidade de Terapia Intensiva. Com o objetivo de qualificar a assistência paliativa ao paciente crítico foram desenvolvidas recomendações que visam à capacitação da equipe médica e multidisciplinar.

O presente estudo tem como justificativa ampliar o conhecimento sobre a assistência paliativa no âmbito da UTI às pessoas que possuem doenças sem prognóstico. Os Cuidados Paliativos devem focar-se em uma adequada avaliação que visa amenizar os sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais do paciente e da sua família neste período antecipatório do luto.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

A relevância da atuação em cuidados paliativos se encontra em abordar o paciente como pessoa, e não somente na doença. É uma área de grande

complexidade, pois, além de tratar os sintomas da doença, é preciso cuidar das outras dimensões do paciente, organizar a sua fase de terminalidade, assim, o profissional deve ter auxílio de uma equipe multiprofissional, com terapeuta ocupacional, médico, fonoaudiólogo, psicólogo, entre outros, a fim de transmitir segurança e conforto ao sujeito, um sentido para a sua existência.

Objetiva-se conhecer mais a respeito dos cuidados paliativos realizados ao paciente crítico, numa maior relação entre paciente e enfermeiro/família, uma vez que, este campo de atuação da enfermagem trata de minimizar o sofrimento do paciente.

A enfermagem demanda um raciocínio clínico que deve orientar todas as fases do processo da tomada de decisão. Diante de uma determinada situação, o enfermeiro deve utilizar o raciocínio clínico que é capaz de determinar quais dados coletar durante a sistematização de assistência de enfermagem e a partir destes determinar diagnósticos, metas, planejar e agir com intervenções àquela conjuntura e avaliar os resultados obtidos. Analisar a qualidade do cuidado de enfermagem mediante a análise conjunta da ocorrência de eventos adversos e o dimensionamento de profissionais em uma UTI.

Nesse contexto, cria-se a situação problema: o cuidado paliativo no Brasil manifesta-se como um campo emergente de assistência em terminalidade de vida? Objetiva-se esta pesquisa, a realização de um diagnóstico situacional quanto à qualidade dos cuidados paliativos de enfermagem por meio das relações do profissional/usuário numa conjuntura de medidas que precisam romper com a relação técnica para atingir o paciente num contexto qualitativo, observando-o com uma visão crítica e eficaz para a promoção do quadro clínico do enfermo na humanização, e principalmente minimizar o sofrimento do paciente, oportunizando uma melhor qualidade de vida no período que antecede o óbito. É imprescindível ainda ao enfermeiro monitorar a ocorrência de eventos adversos do cuidado de enfermagem e os riscos relacionados a esses a que os pacientes estão expostos. É necessário avaliar as múltiplas funções e habilidades dos profissionais de enfermagem de acordo com o seu treinamento, qualificação, supervisão e educação continuada.

Esta pesquisa foi arquitetada mediante métodos/técnicas de revisão bibliográfico/exploratória com o intuito de buscar informações e transformá-las em conhecimento científico, uma vez que o trabalho é plenamente teórico/descritivo. Empregou-se também o método qualitativo que, além da sistematização objetiva, vivenciou a subjetiva na relação enfermeiro-paciente, distanciando-se da mecanização técnica entre o profissional, o cliente e sua família, uma vez que, o contexto contemporâneo tem como fim a prática da humanização na assistência holística hospitalar em cuidados paliativos na UTI.

1 METODOLOGIA

Na perspectiva de Richardson (2013, p. 22) “método é o caminho ou a maneira adotada para se alcançar o objetivo proposto, ao passo que metodologia são os procedimentos e regras aplicadas por determinado método”. Consiste também em um conjunto de crenças, valores e atitudes utilizados pelo próprio pesquisador.

A aplicação de um método científico é fundamental para se conhecer um determinado fenômeno. A escolha do método demanda um pensar cientificamente, o que significa pensar criticamente. Envolve uma postura de reflexão pelo pesquisador, como a finalidade de identificar melhor “como” explicar as ideias inseridas nos objetivos da pesquisa.

Nesse sentido, esta pesquisa acadêmica serviu-se dos métodos bibliográfico/exploratório, na coleta de informações para leituras na aquisição de conhecimentos na formação do *corpus* do trabalho. Realizou-se a seleção/coleta de artigos, livros e periódicos nacionais mediante a utilização dos descritores: Cuidados paliativos; Unidades de terapia intensiva; paciente crítico, humanização, assistência multidisciplinar e interdisciplinar.

O método qualitativo/descritivo também foi utilizado como forma de entender a natureza de um fenômeno social, sendo que não é possível quantificar as variáveis quanto ao fenômeno. A pesquisa qualitativa trabalha com a subjetividade, valores e crenças que circundam as ações humanas, uma vez que o que interessa é a natureza das respostas, dos sentimentos, das opiniões, das crenças; não o quanto, mas aquilo que as pessoas sentem, pensam, defendem e valorizam.

O tipo de estudo se enquadra no descritivo, retrospectivo, realizado por meio de uma revisão de literatura. Para a seleção dos artigos incluídos no presente estudo, realizou-se uma busca na literatura em diferentes bases de dados: *PubMed*, *Google acadêmico*, *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO). Foram selecionados apenas os artigos publicados em inglês e português. Os critérios de exclusão foram artigos que foram publicados antes do ano 2007, exceto autores clássicos, consagrados relativos à temática, literaturas que não relacionaram com o tema de paciente crítico, cuidados paliativos, empatia, assistência multiprofissional e interdisciplinar na Unidade de Terapia Intensiva, processo de morte. Artigos e/ou monografias que não se relacionaram com a temática Foram excluídos. Incluíram-se para a análise quinze artigos recentes, três monografias, dois manuais de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos.

Procurou-se, com esta pesquisa, realizar uma revisão sistemática de literatura científica, publicada nos últimos 11 anos entre o período de 2007 e 2018. Trata-se de uma revisão da literatura, que segundo Leite *et al.*, (2015) é a mais ampla abordagem metodológica, admiti a inclusão de estudos

experimentais e não experimentais para que seja realizada uma compreensão completa do feito analisado. Adiciona uma vasta revisão em campos de definição, conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. Para levantamento dos artigos foi realizada busca online no acervo da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Banco de Dados da Enfermagem (BDENF) e *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) Brasil, com a associação dos Descritores (DECS): “Unidade de Terapia Intensiva”, “Cuidados paliativos”, “Humanização”, “Enfermagem”, “Paciente crítico”, “assistência multiprofissional”, “intervenções”, “abordagem”.

Pretende-se incluir na investigação artigos originais que abordem o tema “cuidados paliativos no âmbito da UTI” publicado nos anos de 2007 a 2018, na íntegra do idioma português, com os resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas. Serão excluídas cartas ao leitor, réplicas e duplicatas, editais, opiniões, comentários e aqueles que não contemplavam o objetivo proposto pelo estudo.

2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados vinte artigos, e foi realizada leitura exploratória dos mesmos, sendo que destes cinco foram excluídos por caracterizarem fuga ao tema. Para a presente pesquisa foram utilizados quinze artigos, entre os quais cinco estão descritos no decorrer do texto (Quadro 2). Foi realizada leitura analítica dos artigos selecionados que possibilitou a organização dos assuntos por ordem de importância e a sintetização destas que visou à fixação das ideias essenciais para a solução do problema da pesquisa. Para operacionalizar a pesquisa os achados serão discutidos em categorias contextualizadas com a temática proposta.

Na contextualização da literatura acerca da abordagem biopsicossocial e espiritual na unidade de terapia intensiva do paciente contextualizada com os cuidados paliativos, fica explícito a qualidade do cuidado de enfermagem numa abrangência das esferas quanto ao dimensionamento estrutural, na perspectiva dos recursos humanos, e resultados do serviço de enfermagem, segundo a ocorrência de eventos variáveis e complexos do cuidado de enfermagem, na busca pela prevenção e controle de sintomas, ou seja, conforme De Simone e Tripodoro (2011, p.45) “como tudo aquilo que o paciente avalia como um problema”. Faz-se necessário um aprofundamento teórico acerca da qualidade do cuidado de enfermagem, benefícios da avaliação da assistência de enfermagem na UTI e a garantia da compreensão quanto ao quadro/equipe profissional que atua no âmbito da saúde.

Em conformidade com a Organização Mundial de Saúde os Cuidados Paliativos constituem:

Uma abordagem para melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentem uma doença ameaçadora da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, através da identificação precoce e impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais (OMS, 2007, p.3).

Em consonância com a definição o aspecto paliativo é um modo de lidar com o sofrimento, o paliativista possui estratégias para tratar além da doença, o paciente em si, de modo uniforme, completo em suas esferas - física, psicológica, espiritual, social e cognitiva. A assistência relacionada ao alívio do sofrimento ao usuário terminal consiste no tripé paciente-família-equipe interdisciplinar. Dessa forma, a família está intrínseca na relação entre paciente e a assistência que minimiza o sofrimento. A busca pelo sentido da vida, pela dignidade, o conforto físico e espiritual exerce uma promoção na qualidade de terminalidade do sujeito. Quando o paciente não possui este tipo de atendimento, a sua interação com a família fica mais distante e dificulta o processo de luto entre os partícipes.

Nesse sentido a assistência inerente ao cuidar do sofrimento de quem foi diagnosticada com uma doença grave, terminal ou sem prognóstico e se encontra na UTI, deve ser realizada no sentido de acolher o paciente, resolver os seus conflitos com família, preparar alimentos que remetem lembranças e emoções positivas a ele, confortá-lo em suas dores e escutar as suas angústias incondicionalmente (MATSUMOTO, 2012).

Rezende e Silva (1995, s/p.) afirma que: “Curar algumas vezes, aliviar quase sempre, consolar sempre”, neste contexto, este artigo científico propõe que a intervenção do enfermeiro paliativista após a doença instalada, progressiva, irreversível e não responsiva ao tratamento estabelecido, deverá ser orientada no intuito de propiciar uma assistência adequada e integral, visando à qualidade e ao conforto nos momentos finais de vida.

É fundamental realizar uma abordagem holística, ou seja, cuidar do paciente/cliente em todas as suas dimensões. Nesse sentido, estudos comprovam que o paciente que se submete aos cuidados paliativos com a equipe multiprofissional, aumenta a sua expectativa de vida e ainda reduz os gastos da saúde pública e privada.

O foco, nem sempre é uma morte digna, mas, sem dúvida, viver dignamente até a morte. Evitar, mediante a assistência paliativa, a dor e o sofrimento. Existem vários tipos de sofrimento o processo de morte, o sofrimento físico, social, espiritual, nesse enfoque, os cuidados paliativos são a dedicação assistencial prestada ao paciente terminal visa melhor qualidade de vida por via da prevenção e alívio do sofrimento imposto pela patologia.

Infelizmente, o sofrimento humano é negligenciado pelo campo científico, poucos estudos são encontrados neste âmbito assistencial de cuidados

paliativos. Nesse sentido, a equipe multiprofissional irá preparar o sujeito para o processo de morte, diminuindo o sofrimento, a partir de uma fortaleza espiritual, entretanto, ressalva-se que deixar de cuidar da doença, não é deixar de cuidar do sujeito.

O sofrimento humano em detrimento da ciência é um fato lastimável, que não pode se negligenciado pelos profissionais de saúde e também de outras áreas, sendo assim as Diretrizes básicas dos cuidados paliativos (quadro 1) considera diversos procedimentos que os profissionais devem ter como competência e habilidade para cuidar do paciente crítico. É preciso ter um olhar clínico para esta área da saúde. Os cuidados paliativos são fundamentados com evidências em cinco dimensões: física, social, familiar, emocional e espiritual, ou seja, é necessário cuidar do paciente de forma integral, em suas dimensões.

Quadro1 - Diretrizes básicas dos cuidados paliativos

Promovem o alívio da dor e de outros sintomas que geram sofrimento;
Reafirmam a vida e veem a morte como um processo natural;
Não pretendem antecipar nem postergar a morte;
Integram aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado físico;
Oferecem um sistema de suporte que auxilia o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a morte;
Oferecem um sistema de suporte à família e entes queridos, para se sentirem amparados durante todo o processo da doença e no luto.
Utilizam os recursos de uma equipe multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto.
Melhoram a qualidade de vida e influenciam positivamente no curso da doença

Fonte: Silva, 2013.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007) preconiza que o foco seja na pessoa e os seus familiares, e não mais somente na doença. Nessa perspectiva, a presença de equipe multidisciplinar e interdisciplinar, qualificada e treinada para cuidar dos pacientes graves em UTI possui a função de tratar os sintomas e assegurar ao paciente uma maior qualidade devida, e não assegurar mais dias de vida, mas sem dúvida, conforto, segurança. No entanto, estudos encontrados nos artigos admitem que os cuidados paliativos acarretem em uma maior sobrevida aos clientes que se submetem à essa intervenção.

Ressalta-se que o exercício de assistência multiprofissional de cuidados paliativos transcende a relação técnica/paciente para atingir uma relação de

humanização, ética e acolhedora. A linguagem dos profissionais que estruturam o campo das UTIs deve ser simples, afetiva, respeitosa, sincera, e essa devem ser cuidadosamente utilizadas de forma generalizada a todos os pacientes, pois até mesmo, os que estão em coma podem ouvir, embora não correspondam com estímulos/reflexos externos.

Quando se trata a respeito da temática de cuidados paliativos, a pessoa e/ou o sujeito é a peça fundamental. Uma vez que o sujeito toma consciência de que possui um prognóstico fechado, o luto se instala, nesse sentido, a intervenção precoce do cuidado paliativo se faz eficaz, pois, minimiza o sofrimento e restaura a vontade de viver o período que resta ao paciente, com vigor, compaixão e na restauração das relações afetivas. Estudos preconizam que as intervenções realizadas durante o luto que antecede a morte podem prevenir o desenvolvimento de problemas no luto pós-morte. Não obstante, a sociedade se esquiva de antecipar o luto, justamente pelo sofrimento que este causa à pessoa, Identificar as causas do sujeito não se comprometer em se preparar para o seu processo de morte em vida.

A partir da definição da OMS, Byock (2009, p.78) elenca princípios que classificam o conceito relacionado aos cuidados paliativos que antecipam a morte:

A morte deve ser compreendida como um processo natural, parte da vida, e a qualidade de vida é o principal objetivo clínico; Os Cuidados Paliativos não antecipam a morte, nem prologam o processo de morrer; A família deve ser cuidada com tanto empenho como o doente. Paciente e familiares formam a chamada unidade de cuidados; O controle de sintomas é um objetivo fundamental da assistência. Os sintomas devem ser rotineiramente avaliados e efetivamente manejados; As decisões sobre os tratamentos médicos devem ser feitas de maneira ética. Pacientes e familiares têm direito a informações acuradas sobre sua condição e opções de tratamento; as decisões devem ser tomadas de maneira compartilhada, respeitando-se valores étnicos e culturais; Cuidados Paliativos são necessariamente providos por uma equipe interdisciplinar; A fragmentação da saúde tem sido uma consequência da sofisticação da medicina moderna. Em contraposição, os Cuidados Paliativos englobam, ainda, a coordenação dos cuidados e provém a continuidade da assistência; A experiência do adoecimento deve ser compreendida de uma maneira global e, portanto, os aspectos espirituais também são incorporados na promoção do cuidado; A assistência não se encerra com a morte do paciente, mas se estende no apoio ao luto da família, pelo período que for necessário.

De acordo com Kübler-Ross (2008) o processo de luto possui cinco fases: a negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação. Estas etapas são efetivamente assimiladas pelo enfermo mediante os cuidados paliativos os quais são um processo de intervenção de uma equipe capacitada tecnicamente e humanizada, a qual objetiva o conforto do paciente, oferecer a este uma melhor qualidade de vida e/ou de morte, pois, diminui o sofrimento, a dor. As intervenções consistem em avaliar o que o paciente necessita naquele determinado momento, e intervir, especificamente no foco onde ele precisa, ou seja, se é dor, ministrar a medicação correta, caso seja espiritual, convidar um capelão e/ou religioso a fim de orientar o paciente, caso o desejo seja uma alimentação diferenciada, o nutricionista poderá auxiliar, entre outros profissionais capacitados.

Na perspectiva de Pessini e Bartachini (2010), o paciente perde a autonomia e a independência, isto é, perde a capacidade de tomar decisões e colocá-las em prática, conseqüentemente, os cuidados paliativos são imprescindíveis. O processo e a estruturação profissional de enfermagem no campo paliativista consistem em promover o cuidado de modo individualizado e contextualizado a cada paciente. Esta prática tem como pilar o uso das habilidades cognitivas e a capacidade de agir com rapidez, confiabilidade e ética, envolvendo a razão em detrimento da emoção mediante circunstâncias de

extremo risco de morte.

O enfermeiro lotado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) deve dedicar-se à importância da gestão de pessoas, em função da necessidade de profissional qualificado para relacionar-se com os pacientes, que exigem cuidados complexos e tomada de decisões rápidas e precisas. A quantidade e a distribuição de profissionais por categoria adequada favorecem a humanização e a qualidade do cuidado proporcionado (WOLFF; VENTURI; SOUZA; 2012).

De acordo com os artigos pesquisados na formação do corpus do trabalho têm-se procurado amenizar o sofrimento do paciente na UTI, numa abordagem quanto aos aspectos diversificados, como, oferecer conforto, prestar assistência após a avaliação do que o paciente necessita naquele momento, como, cuidar da oxigenoterapia, higiene, manter a sua integridade física durante a convivência e a prestação de cuidado, fornecer a medicação prescrita, e comprometer-se com a espiritualidade, formar e/ou fortalecer os vínculos afetivos entre família e paciente.

É importante ressaltar que a assistência paliativa não é somente atribuída ao paciente, mas, também ao acolhimento da família. Entretanto, poucas investigações no campo científico vêm sendo conduzidas, especificamente, para verificar como se encontra distribuída a equipe de cuidados paliativos nos hospitais brasileiros, infelizmente, esta forma de cuidado, ainda é encontrada em uma parcela ínfima de unidades hospitalares. Sendo assim, é necessária uma força/tarefa a fim de estruturar profissionais qualificados na assistência paliativa de modo uniforme no território brasileiro. A quantidade e a distribuição dos profissionais na área da enfermagem relacionada aos cuidados paliativos por categoria adequada propõem, indubitavelmente, maior humanização e a qualidade do cuidado prestado ao usuário (ALIANÇA MUNDIAL DE CUIDADOS PALLIATIVOS, 2014).

Em consonância com Duarte (2012), os profissionais da unidade de terapia intensiva envolvidos com o tratamento desses pacientes são submetidos a um grande estresse e tensão sendo desejável que, lhes sejam disponíveis programas de educação continuados sobre cuidados paliativos. O religioso também é necessário para formar a equipe de trabalho na assistência aos pacientes na UTI. Estudos encontrados nos artigos identificaram que o índice de sedação diminuiu na medida em que os cuidados paliativos são aplicados em uniformidade de profissionais, uma vez que, o estado espiritual do sujeito independe da religião, mas sim, do sujeito e suas percepções vivenciadas e/ou interiorizadas.

Nessa via, é preciso ter atitude de compaixão, fazer o melhor pelo outro, não ter o sentimento de dó ou piedade, eis o sentimento de empatia, qualidade de se colocar no lugar do outro. Fortalecê-lo ao receber o cuidado espiritual de uma maneira integral. Nessa perspectiva, o enfermeiro assume a função primordial na previsão e provisão de recursos necessários ao cuidado, bem como

a avaliação das demandas de cada paciente, planejando e implementando ações que permitam ao sujeito passar pelo processo de luto sem sofrimento (NANDA, 2009).

Quadro 2. Características e principais resultados dos estudos examinados.

ARTIGOS EXAMINADOS	CARACTERÍSTICAS E PRINCIPAIS RESULTADOS
Terminalidade e cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva	Avalia o estado atual do conhecimento sobre doença terminal e cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva. Identifica as questões-chave e sugerir uma agenda de pesquisa sobre terminalidade e cuidados paliativos
Cuidados Paliativos na UTI: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros.	Ações multiprofissionais que visam promover conforto e bem-estar aos pacientes e seus familiares; ações que não resultam em melhora. Dos limites: ausência de profissionais preparados e de protocolo específico para cuidados paliativos; apoio espiritual ao paciente, necessidade de prescrição médica e não oferta de cuidados paliativos. Das possibilidades: realizar ações que proporcionam conforto e alívio da dor.
Cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva: percepções dos profissionais de enfermagem	Após a exploração dos dados, foram encontradas três categorias: “A percepção e a vivência da equipe de Enfermagem sobre cuidados paliativos”, “Como o cuidado paliativo é aplicado” e “Atuando junto à família no enfrentamento do estado terminal”.
Cuidados Paliativos - Fundamentos e Abrangência: Revisão de Literatura	O artigo mostrou que os cuidados paliativos estão baseados em princípios próprios; a dimensão humana deve prevalecer entre as atitudes profissionais e suas abordagens se estendem ao paciente, familiares e profissionais de saúde.
II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados	O conhecimento dos cuidados paliativos deve fazer parte do bom atendimento de pacientes internados em UTI e UTIP. Com o objetivo de qualificar a assistência ao paciente crítico foram

paliativos na unidade de terapia intensiva de adulta e pediátrica.	desenvolvidas recomendações que visam a capacitação da equipe médica e multidisciplinar.
--	--

Fonte: Silva, Andrade, 2018.

Nesta perspectiva, o conteúdo expresso mostrou que os cuidados paliativos fundamentam-se em princípios específicos de manter a dignidade do paciente, a qualidade de vida e conforto. É indispensável também o acolhimento à sua família e a abordagem integral ao sujeito, pois, a priori, preconizada pela dimensão humana deve prevalecer entre as atitudes profissionais e suas abordagens se estendem à tríade paciente, família e profissional de saúde.

Conforme a literatura pesquisada torna-se imprescindível ao profissional de enfermagem cursar a educação continuada, uma vez que, um bom profissional jamais pode estagnar-se ou presumir-se absoluto em suas competências. A educação continuada é fundamental para orientar o exercício dos profissionais de enfermagem, pois, as tomadas de decisões rápidas e eficazes são o foco do trabalho nesta área hospitalar. A objetivação desta pesquisa trouxe como marco os fundamentos para uma maior reflexão quanto aos cuidados paliativos do paciente crítico na UTI. O profissional deve atuar com olhos clínicos ao seu paciente para uma mensuração apoiada nos materiais legalizados que circundam e regem as práticas de assistência/avaliação e diagnóstico/intervenção/resultados da enfermagem - NANDA, NIC e NOC, respectivamente (DUARTE, 2012).

Duarte (2007) defende que os profissionais de saúde que podem integrar a equipe de cuidados paliativos devem ter a formação específica nesta área, todavia, há necessidade de preparo profissional a partir da interprofissionalidade, da relação entre o multiprofissional e o interdisciplinar. O cuidado paliativo deve se iniciar com a elucidação diagnóstica e permanecer até o período de luto pós-morte. Diante do exposto, os cuidados paliativos constituem o suporte imprescindível às adversidades relacionadas com o período que antecede a morte. No entanto, este campo da enfermagem no Brasil ainda se manifesta de forma emergente de assistência em terminalidade de vida. A formação em cuidados paliativos consiste em práticas direcionadas ao paciente, excluindo a perspectiva de curar o paciente, mas sim, consolá-lo, confortá-lo. Nesse estágio, entende-se que a doença está instalada, progressiva, irreversível e não responsiva ao tratamento estabelecido. Com isso, os profissionais devem propiciar uma assistência adequada e integral, visando à qualidade e ao conforto nos momentos finais de vida.

A dimensão dos cuidados paliativos reverte em menos custos ao sistema público de saúde. Em suma, oferecer cuidados paliativos em Enfermagem é vivenciar e compartilhar momentos de fé, amor e compaixão, compreendendo que é possível morrer com dignidade, acompanhado de profissionais, familiares

e apoio espiritual realizar ações que proporcionam conforto e alívio da dor.

CONCLUSÃO

Após leituras realizadas para obtenção de informações quanto à assistência paliativa no campo da UTI, é provável afirmar que o agente-profissional necessita adquirir, interiorizar e estar em constante educação continuada para a prática de suas competências, habilidades, ética no processo de metodologia que ultrapassa a relação técnica enfermeiro, paciente, equipamentos de monitoração para uma relação mais humanizante que propicia uma reflexão mais crítica e em consonância com os valores éticos evitando, negligências na aplicabilidade do trabalho com o paciente na UTI.

A qualidade do trabalho do profissional na enfermagem se atribui a um valor subjetivo, significativo, numa excelência do que se exerce. Há que superar as expectativas do paciente. A qualidade recebe influência da cultura, experiência, idade e formação que resulta de um serviço de boa qualidade. Nesse contexto, a estruturação profissional tem como primícias a humanização que propõe a dignidade e o respeito ao paciente em estado crítico ou não, mas que normalmente é recuperável. É preciso que o enfermeiro atue mais com a razão, com procedimentos precisos, não se deixando envolver pela face do psicoemotivo, ou da sobrecarga de trabalho, o que o leva a cometer negligências.

A dimensão dos cuidados paliativos reverte em menos custos ao sistema público de saúde. Em suma, oferecer cuidados paliativos em Enfermagem é vivenciar e compartilhar momentos de fé, amor e compaixão, compreendendo que é possível morrer com dignidade, acompanhado de profissionais, familiares e apoio espiritual realizar ações que proporcionam conforto e alívio da dor.

REFERÊNCIAS

ALIANÇA MUNDIAL DE CUIDADOS PALLIATIVOS. **Atlas Global de Cuidados Paliativos na O fim da vida**. QUEM. Inglaterra. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf>. Acesso em 15 jul.de 2018.

BYOCK, I. Principles of Palliative Medicine. In: WALSH, D. *et al.* **Palliative Medicine**. Philadelphia, USA: Saunders Elsevier, 2009. p. 33-41.

DUARTE, R. M. **Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

DE SIMONE, G.; TRIPODORO, V. **Fundamentos Del Cuidados Paliativos y Control de Sintomas**. 5.ed. Buenos Aires: Pallium Latinoamerica, 2011. 94p.

DUARTE, Rachel Moritz. Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v.19, 4 485-489, 2007.

DUARTE, R. M. **Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a Morte e o Morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LEITE, A. G. A; SOUSA, J. C. M.; FEITOSA, A. N. A.; VIERA, A. G.; QUENTAL, O. B.; ASSIS, E.V. Práticas de Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista de Enfermagem UFPE ONLINE**. v. 9, n. 10, p.1572-9, 2015. Disponível: <file:///C:/Users/Luis/Downloads/10872-23512-1-PB.pdf>. Acesso:20 de julho de 2018.

MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320p.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.23-30.

NANDA. **Diagnóstico de Enfermagem da NANDA**: definições e classificação. 11. ed. Porto Alegre RS: Artmed, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidado paliativo. Controle do câncer: conhecimento em ação: guia da OMS para programas eficazes**. Módulo 05. Genève, 2007.

PESSINI, Leocir; BARTACHINI, Luciana. **Humanização e Cuidados Paliativos**. 6.ed.São Paulo: Loyola; Centro Universitário São Camilo, 2010.

REZENDE E SILVA, A. V. **Frases e Curiosidades Latinas**. 5a ed. fac-similar, Rio de Janeiro, 1995.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 9.ed., São Paulo: Atlas, 2013.

SILVA, José Vitor da; ANDRADE, Francisco Noronha de; NASCIMENTO, Rosa Maria do. Cuidados Paliativos - Fundamentos e Abrangência: Revisão de Literatura. **Revista Ciências em Saúde**, v.3, n. 3, jul. set. 2013.

WOLFF, L. D. G.; VENTURI, K. K. ; SOUZA, L. C. **Avaliação da Carga de Trabalho no Processo de Cuidar em Unidades de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas da UFPR**. In ____: 15º EVENCI, 2012, Curitiba. Livro de resumos – 14º EVENCI – outubro. Curitiba: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2012. v. 1.

LEVANTAMENTO E AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO DE ÚLCERAS EM PACIENTES DIABÉTICOS NA REDE PÚBLICA

SURVEY AND EVALUATION OF THE TREATMENT OF ULCERS IN PATIENTS DIABETICS IN THE PUBLIC NETWORK

FABIANA ALMEIDA DE MORAES³¹

FABIANA BARBOSA DE ANDRADE³²

LEIDMAR DE MELLO CÂNDIDA SILVA³³

DINOEME GARCIA ANDRADE³⁴

SIMONE ALVES ASSIS³⁵

RESUMO

A pesquisa tem por objetivo realizar um levantamento e avaliação acerca do tratamento de úlceras de pé em pacientes diabéticos na rede pública do município de Quirinópolis-GO. O interesse ou motivação em pesquisar úlceras em pacientes diabéticos surgiu com a observação durante os estágios cujas orientações são poucas e intervenções de cura oferecidas na rede pública municipal. Caracteriza-se o problema da pesquisa: a busca de uma razão que explique o porquê de os tratamentos não alcançarem curas substanciais para a enfermidade. Trabalha-se com a hipótese de que os pacientes não se submetem na totalidade aos tratamentos. Trata-se de um estudo descritivo de caráter exploratório e quantitativo, com pessoas diabéticas com úlcera de pé. A forma de coleta de dados será por meio de formulários específicos de entrevistas aplicados aos portadores de úlceras de Pés diabéticos. Diante do exposto, acredita-se que a pesquisa contribuirá para além da formação do profissional e, também, poder buscar informações na complementação do tratamento de úlceras de pés diabéticos.

Palavras chave: Diabetes. Feridas diabéticas. Cuidados.

ABSTRACT

The objective of this research was to conduct a survey and evaluation of the treatment of foot ulcers in diabetic patients in the public network of the city of Quirinópolis-GO. The interest or motivation in researching ulcers in diabetic

³¹ Acadêmica graduanda em Enfermagem pela Faculdade Quirinópolis (fabianaalmeidaenfermeira@gmail.com).

³² Acadêmica graduanda em Enfermagem pela Faculdade Quirinópolis (fabibarbosajp@hotmail.com).

³³ Acadêmica graduanda em Enfermagem pela Faculdade Quirinópolis (Leidimarmello54@gmail.com).

³⁴ Acadêmica graduanda em Enfermagem pela Faculdade Quirinópolis (dinoemegarcia9@gmail.com).

³⁵ Acadêmica graduanda em Enfermagem pela Faculdade Quirinópolis (simoneassisenfermage@gmail.com).

patients arose when observing during the stages that few guidelines and interventions of cure offered in the public network of the municipality. It is characterized as a research problem the search for a reason that explains why the treatments do not achieve substantial cures for the problem. We work with the hypothesis that patients do not undergo total treatment. It is a descriptive exploratory and quantitative study, with diabetic people with foot ulcer. The form of data collection will be through specific interview forms applied to patients with diabetic foot ulcers. In view of the above, it is believed that the research will contribute in addition to the training of the professional, and it may also help to seek information in complementing the treatment of diabetic foot ulcers.

Key-words: Diabetes. Diabetic wounds. Care.

INTRODUÇÃO

O diabetes tipo *melito* (DM) situa-se entre as dez principais causas de morte nos países ocidentais e, apesar dos progressos em seu controle clínico, ainda, não foi possível controlar de fato suas consequências letais. Essa doença é um distúrbio crônico que afeta o metabolismo de carboidratos, de gorduras e proteínas. Um em cada quatro diabéticos desenvolverá “pé diabético” até o fim da vida. Condição que já atinge pelo menos 100 milhões de pessoas atualmente e é caracterizada pelo surgimento de úlceras de difícil cicatrização nos membros. São feridas que demoram, às vezes, anos para fechar (SMANIOTTO, 2010).

O diabético tem alterações vasculares as que impedem o fluxo de sangue que carrega propriedades cicatrizantes e células do sistema imune, de modo habitual. As feridas de pele ocorrem por ataque de vírus, bactérias, fungos, choque mecânicos, na diabetes ou por alteração da microcirculação periférica, dentre várias causas.

As úlceras dérmicas causam sérios transtornos para indivíduos com dificuldade de cicatrização que podem ser causadas por doença, idade avançada, incapacidade motora ou utilização de fármacos dificultantes do processo de cicatrização. No diabetes, as úlceras vasculares são comuns e a dificuldade de cicatrização pode trazer sérios transtornos, podendo levar à amputação de membros inferiores (FRANCO et al, 2008).

O interesse ou motivação em pesquisar úlceras em pacientes diabéticos surgiu segundo observação, durante os estágios. São poucas as orientações e intervenções de cura oferecida na rede pública do município. Situação que ocorre, provavelmente, devido às poucas orientações que se referem a esses benefícios. No entanto, as pessoas portadoras de diabetes, na atualidade, estão procurando informar-se cada vez mais sobre as mudanças que ocorrem no corpo. Ao descobrir a doença buscam melhorar a qualidade de vida.

As fontes de informações para fundamentação da pesquisa serão por meio de revisão de literatura de estudos científicos catalogados em revistas científicas com periódicos da CAPES e Ciência e Saúde Coletiva.

Dessa forma, observa-se a pluralidade de estudos envolventes quanto ao conhecimento, transformações e modificações de tratamentos em pessoas portadoras de úlceras provocadas pelo diabetes. Todavia cabe reflexão sobre a ausência desses conhecimentos, o qual contribui para o agravamento do processo de cicatrização da ferida. Neste contexto, a presente pesquisa irá realizar um levantamento e avaliação acerca do tratamento de úlceras em pacientes diabéticos na rede pública do município de Quirinópolis-Go.

Esta pesquisa traz como objetivo geral realizar um levantamento e avaliação sobre o tratamento de úlceras de pé em pacientes diabéticos na rede pública do município de Quirinópolis-Go.

Adotam-se por objetivos específicos:

- Desenvolver pesquisa bibliográfica sobre o tema;
- Investigar as práticas de curativos realizados pelos profissionais de saúde;
- Identificar o perfil dos portadores de Diabetes Mellitus cadastrados nas unidades de saúde pública do município;

As estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que o Brasil ocupa a sétima posição mundial em relação ao número de diabéticos na faixa etária de 35 a 64 anos e estima que em 2030 sejam 11,3 milhões de diabéticos no país, ou seja, mais que o dobro do número registrado em 2000 (MILECH 2016).

A enfermagem desenvolveu-se ao longo dos séculos, mantendo estreita relação com a história e a civilização. Tem, assim, um papel preponderante por ser uma profissão que busca promover o bem-estar do ser humano, considerando sua singularidade, pluralidade e complexidade. Ao exercer o cuidado terapêutico, tem por eixo a promoção da saúde na prevenção de enfermidades quanto ao transcurso de doenças e agravos.

Martins et al (2008) ressalta que essas situações levam os pacientes portadores de feridas crônicas a procurar assistência na atenção primária. Devido ao tempo, muitas vezes, prolongado de tratamento, há o estabelecimento de laços afetivos entre os usuários e a equipe multidisciplinar. Essa relação se desenvolve pelo cuidado humano demonstrado e praticado, conforme as relações interpessoais, a fim de atender as necessidades humanas, promotoras de saúde e a qualidade de vida para o indivíduo e sua família. Nesse sentido, a enfermagem diferencia-se das demais ciências humanas e biológicas pelo olhar atento que presta ao cuidar da pessoa.

De acordo com Smaniotto (2010) os curativos são utilizados para

melhorar as condições do leito da ferida, podendo ser, em algumas ocasiões, o próprio tratamento definitivo. Em muitas situações são apenas a etapa intermediária para o tratamento cirúrgico. A opção do tipo de curativo a ser utilizado deve ser baseada no conhecimento das bases fisiopatológicas da reparação tecidual sem nunca esquecer o quadro sistêmico do paciente.

Frete a essa afirmativa, justifica-se a pesquisa pelo “cuidado terapêutico” que é a essência da enfermagem enquanto ciência e prática, constituindo-se na tarefa profissional da enfermagem, o que se diferencia dos demais cuidados relativos ao homem, pelo fato de que a ação de “cuidar” possui intenção terapêutica, enquanto resolução de uma necessidade de saúde da pessoa.

O problema em questão: conhecer/resgatar se for possível, o conhecimento sobre os diversos tipos de tratamento e manejo de pacientes portadores de diabetes de úlceras de pé bem como a demanda por orientação profissional da enfermagem. Então, será possível produzir pesquisas e organizar conhecimento nesta área, de forma a fomentar de fato a do tratamento tradicional, atendendo a demanda social e as diretrizes da Associação Brasileira de Diabetes.

A pesquisa será realizada nas unidades de saúde da rede pública do Município de Quirinópolis-Go. Trata-se de um estudo descritivo de caráter exploratório e quantitativo, com pessoas diabéticas com úlcera de pé. Segundo Lakatos e Marconi (2010) as pesquisas exploratória/quantitativa objetivam proporcionar uma visão geral de um determinado fato, do tipo aproximativo, além disso contribui para análise e dados estáticos do problema em estudo. A coleta de dados será mediante máquinas fotográficas de formulários específicos de entrevistas aplicados aos portadores de úlceras de Pés diabéticos. As variáveis analisadas no formulário serão idade, sexo, característica socioeconômica, doença e suas complicações, doenças crônicas relacionadas aos tipos de diabetes, tipos de tratamentos e dentre outras viáveis ao referido tema. Será utilizado um termo de consentimento do paciente para publicação de depoimento e imagem do participante consentimento livre e esclarecido que apresentará os objetivos do trabalho, seguindo as observâncias éticas que se referem à garantia de privacidade, do anonimato e do sigilo das informações dos colaboradores, conforme a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, preceituadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Os resultados serão processados no Windows com o programa Excel, para demonstração com uso de tabelas e figuras.

Apesar de se sustentar em história milenar quanto aos conhecimentos e informações sobre o tratamento e avaliação de feridas/ úlceras de pessoas portadoras de diabetes está, ainda, muito menos desenvolvida que a medicina convencional. Um processo cicatricial mais rápido acarreta benefícios para o paciente, devolvendo-lhe autonomia e qualidade de vida e, também, para a Instituição de Saúde por meio da diminuição dos gastos em recursos materiais e humanos. A dificuldade de cicatrização de ferimentos é uma das principais

características do diabetes. Com esta pesquisa espera-se alcançar o objetivo geral proposto, além de investigar os específicos.

A pesquisa será realizada em duas etapas: em questão que circundam pessoas portadoras de diabetes de melito, especificamente, a avaliação e tratamento em úlceras de pés. Há vários estudos relacionados ao referido tema com o objetivo de esclarecer hipótese no processo de cicatrização de paciente portadores da doença. Estes estudos podem ser encontrados em revistas científicas on-line, artigos, dissertações, teses, livros, anais e dentre outros.

A primeira etapa da pesquisa fará uma revisão de literatura com o intuito de verificar os esclarecimentos dos autores sobre o referido tema. Dessa forma, o presente projeto procura seguir informações encontradas, abordando, especificamente, o tema proposto. A segunda etapa, terá por abordagem a pesquisa de campo de caráter descritiva exploratória/ quantitativa para serem comparados com os dados encontrados dos autores analisados.

No tópico um, será tratado o conceito, quanto aos tipos de diabetes e suas consequências. As pesquisas que serão interpretadas de acordo com os achados do referido assunto quanto ao tratamento de úlceras de pé em portadores de diabetes.

Smaniotto (2010) aborda sobre as opções terapêuticas para o tratamento dos pés diabéticos e o papel do enfermeiro diante desta complicação crônica. Identificou-se que o desbridamento e a revascularização das lesões, o uso dos fatores de crescimento e da oxigenoterapia, porém amputações do pé/perna têm-se caracterizados como tratamento mais frequentes, em decorrência do estágio avançado da doença, na maioria dos casos. Nesse aparato, o autor relata a importância dos cuidados do enfermeiro na realização do tratamento diário das lesões dos pés e na sua avaliação clínica da cicatrização.

Magela (2009) analisa as práticas e os conhecimentos dos enfermeiros, relacionados aos cuidados prestados aos pacientes com feridas, durante a realização do curativo na busca de investigar o processo de revitalização do tecido em estado necrótico e granulações. Assim, o autor revelou a necessidade de o enfermeiro ter mais conhecimentos técnicos e científicos relacionados ao tipo de tecido, exsudato e ao processo de cicatrização que possibilitarão o profissional conseguir avaliar com segurança uma ferida, podendo assim realizar a indicação da cobertura ideal a ser utilizada na lesão.

Silva et al (2012) verificou a prevalência de amputações de membros inferiores decorrentes de úlceras diabéticas com infecção de pacientes de uma unidade de saúde da família e analisou as alterações fisiológicas detectadas durante a avaliação dos pacientes. O autor encontrou algumas deformidades ou proeminência óssea 130,8% e insensibilidade e ressecamento dos pés com complicações e, ainda, conclui que os enfermeiros devem realizar cuidados com esses pacientes, transmitindo conhecimento com foco no cuidado e prevenção por meio de atividades educativas que oportunizem o bem-estar pessoal e social

do paciente.

O tópico dois refere-se acerca dos aspectos de avaliação de feridas em pessoas portadoras de diabetes e a função da enfermagem quanto ao diagnóstico, evoluindo para o processo de cicatrização.

As pesquisas a serem interpretadas são de acordo com Moraes et al (2008), que abordam sobre os aspectos considerados pelos enfermeiros no processo de avaliação de feridas e, ainda, identificam os recursos materiais utilizados para procederem a avaliação e surgimentos de protocolos e possíveis dificuldades na sua realização. A falta de materiais conduz a uma avaliação superficial cuja ausência de protocolo dificulta a avaliação e que a imposição médica, a falta de experiência e treinamentos específicos foram as principais dificuldades reveladas. Evidenciou-se a necessidade de criar condições materiais e aprimorar os conhecimentos científicos em relação ao processo de avaliação de feridas.

Martins et al (2008) relatam a evolução do processo de cicatrização baseado no cuidado terapêutico de um paciente diabético. As lesões estavam cobertas por grande quantidade de secreção purulenta e de odor fétido. O tratamento foi por meio de medidas terapêuticas a fim de alcançar a recuperação do membro lesionado. Após quatro semanas de acompanhamento, o paciente mostrava-se muito satisfeito com a evolução do tratamento. No entanto, já se observa tecido de granulação em toda a extensão da ferida. De certa forma, esse relato retrata uma enfermagem sistematizada, individualizada e que, por meio do conhecimento comprometido, organizado e integrado aos demais profissionais, é, sim, capaz de fazer toda a diferença dentro de um universo dinâmico e mutável.

Santos Capiunga e Almeida (2013) analisaram na literatura nacional as informações referentes às condutas do enfermeiro perante ao tratamento e prevenção dos pacientes acometidos com pé diabético. Os autores mostraram que existem diversas técnicas de tratamento para o pé diabético, dentre elas estão os cuidados paliativos, a higienização, tratamento medicamentoso e avaliação do estado psicológico do paciente, sendo o papel do enfermeiro de grande relevância no tratamento e prevenção para o pé diabético. Esses profissionais devem estar sempre capacitados e treinados para prestar uma atenção integral, humanizada e acolhedora.

No tópico três, será tratado quanto algumas formas de tratamento e cuidado que o enfermeiro aborda o paciente. As pesquisas a serem interpretadas são de acordo com Carvalho, Coltro e Ferreira (2010) que o tratamento das feridas nos pés de pacientes diabéticos, deve, adotar o multidisciplinar para o controle do DM e das complicações associadas. Entre as complicações sérias e onerosas que afetam os pacientes diabéticos, aquelas que ocorrem nos membros inferiores (MMII) representam a maior parte delas (40 a 70%). Todavia, o tratamento da ferida diabética envolve o controle da isquemia, se necessário e de desbridamento cirúrgico.

Pereira et al (2010) Fez observação em um estudo exploratório sobre o conhecimento e tratamento da doença, 60% tinham pouca informação e os fatores de risco para formação de pé diabético foram: pele seca, unhas grossas, rachaduras e ranhuras. Quanto aos hábitos de vida, 50% eram ex-fumantes, 55% ex-usuários de álcool, 95% eram sedentários e 60% não faziam dieta. A hipertensão arterial foi a comorbidade mais frequente. Além disso, constatou que os idosos com úlceras de pé possuíam pouco poder aquisitivo e baixa escolaridade, além de pouco conhecimento e orientação sobre a doença, o que pode contribuir significativamente para o aparecimento de complicações como as úlceras de pé.

1 DIABETES

O diabetes Mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. É considerada uma síndrome metabólica de origem múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos, causando um aumento da glicose (açúcar) no sangue (BRASIL, 2009).

A classificação atual do DM baseia-se na etiologia e não no tipo de tratamento, portanto, os termos "DM insulino dependente" e "DM insulino independente" devem ser eliminados dessa categoria classificatória. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA)2 e, aqui, recomendada, inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Ainda há duas categorias referidas, como pré- diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída (MILECH, 2016).

De acordo com os estudos de Pasqualotto (2012), o diabetes mellitus é um importante e crescente problema de saúde pública para todos os países, independentemente, do seu grau de desenvolvimento. A prevalência do diabetes, em particular o do tipo 2, está aumentando de forma exponencial, adquirindo características epidêmicas em vários países. Em algumas circunstâncias (diabetes com início entre 25 a 30 anos, durante a gravidez e em pacientes em hemodiálise), o diagnóstico do tipo de diabetes é mais difícil, podendo ser necessária a utilização de alguns exames laboratoriais para estabelecer a possível causa do diabetes. Entre esses, encontram-se marcadores de autoimunidade, como a medida de auto-anticorpos relacionados à insulite pancreática e a avaliação da reserva pancreática de insulina por meio da medida do peptídeo C e da fase rápida de secreção de insulina.

O mesmo autor caracterizou nos últimos anos que o DM tem contribuído

para o aumento da mortalidade, devido ao alto risco de desenvolvimento de complicações agudas e crônicas. Como complicações agudas destacam-se a hipoglicemia, cetoacidose diabética e o coma. As complicações crônicas podem ser observadas alterações na microcirculação, originando retinopatia e nefropatia; na macrocirculação, levando à cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica, além de neuropatias.

Magela (2009) realizou-se estudo de caso controle emparelhado. Foram identificadas 117 pessoas com diabetes mellitus e submetidas a amputações de extremidades inferiores, na rede de serviços do Município de São Paulo. Os casos foram comparados com 234 controles, pessoas com diabetes mellitus, mas não submetidas a amputações. O mesmo autor observou a existência de associação entre amputação e hábito de fumar, última glicemia (superior a 200 mg/dl), presença da polineuropatia simétrica distal e da vasculopatia periférica. O tratamento do diabetes mellitus e o comparecimento às consultas de enfermagem foram importantes fatores associados à prevenção dessas amputações.

2 FERIDAS DIABÉTICAS

O diabetes é uma doença provocada pela deficiência de produção e/ou de ação da insulina que leva a sintomas agudos e a complicações crônicas. O distúrbio envolve o metabolismo da glicose, das gorduras e das proteínas e tem graves consequências tanto quando se surge rapidamente como quando se instala lentamente. Modernamente constitui-se um problema de saúde pública pelo número de pessoas que apresentam a doença, principalmente, no Brasil.

Hirota Haddad e Guariente (2008) analisaram as consequências do Diabetes e consideraram que a mais grave são os sintomas neurológicos. O envolvimento de nervos no paciente diabético pode provocar neurites agudas (paralisias agudas) nos nervos da face, dos olhos e das extremidades. Outro fator observado foi que pode ocorrer também neurites crônicas que afetam os nervos dos membros superiores e inferiores, causando perda progressiva da sensibilidade vibratória, dolorosa ao calor e ao toque. Essas alterações são o principal fator para o surgimento de modificações na posição articular e de pele que surgem na planta dos pés, podendo levar à formação de úlceras ("mal perfurante plantar").

O pé diabético é uma das mais graves e onerosas complicações do DM e a amputação de uma extremidade inferior ou parte dela é, geralmente, consequência de uma úlcera no pé. O pé diabético é o conjunto de alterações ocorridas no pé do portador de DM decorrentes de neuropatias, micro e macrovasculopatias e aumento da susceptibilidade à infecção, devido às alterações biomecânicas que levam a deformidades.

As úlceras nos pés e as amputações dos membros inferiores são

complicações muito graves e de alto custo para o paciente e para a sociedade, estando associadas frequentemente à alta morbi - mortalidade e elevadas taxas de recorrência. As feridas complicadas requerem abordagem interdisciplinar, realizada por equipe treinada e familiarizada com a abordagem do pé diabético. Além disso representam um risco enorme à qualidade de vida do paciente, aumentando o tratamento e os custos da ferida/infecção (CARVALHO; COLTRO; FERREIRA, 2010).

As Lesões e infecções menores nos pés, como cortes, arranhões, bolhas e tinea pedis (pé de atleta), podem ser agravadas involuntariamente pelos tratamentos caseiros que impedem a cicatrização. Os pacientes devem ser lembrados de evitar o uso de compressas quentes, almofadas térmicas e agentes tópicos como peróxido de hidrogênio, iodo e adstringentes (MAGELA 2009).

As úlceras de pés diabéticos são classificadas de acordo com a sua evolução e condições de saúde do paciente. De acordo com Franco et al (2008), as classificações quanto à aparência é de grau zero que nenhuma lesão aberta pode ter deformidade ou celulite; de grau uma úlcera diabética superficial (espessura parcial ou total); de grau dois apresenta uma extensão da úlcera até o ligamento, tendão, cápsula articular ou fáscia profunda sem abscesso ou osteomielite. No que se refere grau três os mesmos autores caracterizaram a úlcera profunda com abscesso, osteomielite ou sepsse articular; na de grau quatro e cinco apresenta gangrena localizada no antepé ou no calcanhar e segue para o envolvimento gangrenoso extenso de todo o pé (PASQUALOTTO, 2012).

É possível reduzir as taxas de amputação por meio de uma estratégia de tratamento que combine a prevenção, uma equipe interprofissional no tratamento da/do diabetes, serviços especializados, monitoramento rigoroso e educação.

3 AVALIAÇÃO E TRATAMENTO

O Diabetes é uma doença crônica que causa doença dos pequenos vasos que dificulta a perfusão tecidual, faz com que a hemoglobina tenha grande afinidade com o oxigênio, logo ela não libera oxigênio para os tecidos (Este é o mecanismo celular que acontece no fumo.), causa hiperglicemia que altera a capacidade dos leucócitos em realizar fagocitose e também apoia o crescimento de fungos e infecção por fungos. Entretanto, o portador da doença apresenta características que dificulta o processo de cicatrização, facilitando o aparecimento de feridas, principalmente, nos pés (PASQUALOTTO 2012).

O pé diabético é uma das mais devastadoras complicações crônicas do Diabetes mellitus, devido ao grande número de casos que evoluem para amputações de membros inferiores. Os fatores de risco mais importantes para o aparecimento de úlceras nos pés são a neuropatia diabética periférica, a desinformação sobre os cuidados com os pés, presença de pontos de pressão

anormal que favorecem as calosidades, as deformidades, a doença vascular periférica e as dermatoses comuns (sobretudo entre os dedos) (MARTINS et al, 2008).

A avaliação e tratamento é de suma importância para abordagem e tratamento das complicações do paciente portador de diabetes de melitos. Vêm-se, portanto tornando uma área cada vez mais específica e científica, diferenciando-se progressivamente como uma especialidade no campo da atenção à saúde.

A pele é considerada o cartão de apresentação do corpo, é o maior órgão do ser humano. Torna-se evidente a responsabilidade, principalmente, do profissional enfermeiro, em promover e cooperar com o organismo para uma perfeita reconstrução tecidual, porém entender a cicatrização como um processo endógeno não implica em descuidar do tratamento tópico. A importância de avaliar o cliente que apresenta uma lesão de pele para identificar os fatores que impedem ou retardam a cicatrização merece uma atenção desse profissional para alcançar o processo de cura (SILVA et al, 2012).

Carvalho Coltro e Ferreira (2010) relatam que o enfermeiro, enquanto profissional de saúde e sendo um dos responsáveis pelos cuidados ao paciente portador de ferida, vem buscando estratégias de prevenção, avaliação e tratamento para o controle e abordagem desta, objetivando promover condições que favoreçam uma cicatrização eficaz, sem maiores complicações ou comprometimentos. Os mesmos autores analisam, ainda, que a avaliação de feridas deve abranger os mais diversos aspectos, e considera fundamental para a prescrição de um tratamento adequado, envolvendo desde a etiologia até as características clínicas do leito da lesão e área circundante, bem como as doenças de base do cliente.

Segundo Ferreira et al (2008), na avaliação deve-se verificar se há fatores locais que alteram a evolução fisiológica da cicatrização. A anamnese no tratamento das lesões será de extrema importância, devido ao exame físico é possível detectar o tipo de lesão, se ela está pouco ou bastante contaminada, qual o procedimento mais adequado àquela lesão. Além disso, atentar para os sinais (exsudação purulenta; hipertermia; eritema; dor e calor local e edema) que indicam a presença de infecção, porquanto a mesma provoca destruição tecidual, retarda a síntese de colágeno e impede a epitelização.

A avaliação e a verificação da ferida devem ser realizadas a cada troca de curativo. Um curativo ideal é aquele capaz de manter alta a umidade entre a sua interface e a da ferida, remover o excesso de exsudação, permitir trocas gasosas, fornece isolamento térmico, ser impermeável a bactérias, ser isento de partículas contaminadas externas à ferida e permitir sua remoção sem causar trauma na ferida. O olhar especializado da enfermagem é fundamental e indispensável para a determinação de um tratamento apropriado das feridas (MAGELA, 2009).

Quanto à prática de cuidados ao paciente com feridas, Pereira et al (2010)

ressaltam que o profissional de enfermagem é responsável pela prática de cuidados a pacientes portadores de feridas e reconhecida pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Dermatológica (SOBEND) e Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) e, ao mesmo tempo, é um desafio que requer conhecimento específico, habilidade e abordagem holística. Neste contexto, os enfermeiros têm um importante papel a desenvolver uma sistematização no tratamento de feridas e precisam estar cientes de suas responsabilidades, principalmente, no curativo. É evidente que tal papel deve ser visto no contexto da equipe multidisciplinar, uma vez que as feridas não podem ser encaradas como algo isolado do resto do corpo.

De acordo com Smaniotto (2010), o tratamento do pé diabético é baseado na redução da pressão tecidual do pé, controle da infecção, correção isquêmica e cuidados com a lesão. O repouso e a elevação do membro devem ser iniciados imediatamente, sendo ideal a retirada de todo peso nos membros inferiores. Quanto à infecção, apesar da cultura e do antibiograma ajudarem na escolha de regimes antimicrobianos, na maioria das vezes, a terapia empírica com drogas de largo espectro é necessária antes dos resultados da cultura estarem disponíveis.

CONCLUSÃO

Diante dos fatos observados nas literaturas científicas empreendidas há possibilidades de que a avaliação e tratamento em portadores de diabetes requer cuidados terapêuticos diários. O tratamento das feridas nos pés de pacientes diabéticos deve adotar uma abordagem multidisciplinar para o controle do DM e das complicações associadas. A obtenção do controle glicêmico é importante, além do cuidado com os pés e do uso de calçados apropriados.

Acima do cuidado terapêutico e a manutenção do plano de ação, também se deve realizar atividades educativas junto aos clientes portadores, evidenciando os fatores que auxiliam no tratamento das úlceras cutâneas e prevenção da recorrência e manutenção saudável do diabetes. O curativo é um dos tratamentos utilizados para promover a cicatrização da ferida e proporcionar um meio adequado ao processo de cicatrização. Para ocorrer a reparação tecidual e a cicatrização, é fundamental que o processo de limpeza seja realizado de modo adequado. Portanto, é necessário atenção e conhecimento dos profissionais de saúde para a escolha do curativo mais adequado às características de cada ferida.

Quanto à avaliação de feridas, cabe ao enfermeiro avaliar de forma sistematizada e projetar um caminho clínico para a cicatrização por meio do uso do algoritmo de tratamento e planejamento dos cuidados preventivos de acordo

com a etiologia de cada caso, além de conhecer as condições sistêmicas do portador e solicitar exames necessários ao tratamento e encaminhar sempre que necessário.

Entretanto o enfermeiro, enquanto profissional de saúde e sendo um dos responsáveis pelos cuidados ao paciente portador de ferida, vem buscando estratégias de prevenção, avaliação e tratamento para o controle e abordagem desta, tendo em mira promover condições que favoreçam uma cicatrização eficaz, sem maiores complicações ou comprometimentos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CARVALHO V.F; COLTRO O. S; FERREIRA M. C. Feridas em pacientes **diabéticos**. **Revista Medicina e saúde** (São Paulo). jul.-dez.;89(3/4):164-9. 2010.

FERREIRA et al. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, vol. 17, núm. 1, janeiro-março, pp. 98-105 Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina, Brasil 2008.

FRANCO et al. Feridas Cutâneas: A Escolha do Curativo Adequado. **Rev. Col. Bras. Cir.** Vol. 35 - Nº 3, mai. / jun. 2008.

HIROTA C.M.O; HADDAD M.C.L; GUARIENTE M.H.D.M; **Pé diabético: O papel do enfermeiro**. Ciênc. Cuid. Saúde Jan/Mar; vol. 7(1): 114-120 2008.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MAGELA Salomé, Geraldo. Avaliando lesão: práticas e conhecimentos dos enfermeiros que prestam assistência ao indivíduo com ferida. **Revista Saúde Coletiva**, vol. 6, núm. 35, pp. 280-287 Editorial Bolina São Paulo, Brasil 2009.

MARTINS et al. **O fazer que faz a diferença: Cuidando da pessoa acometida por ferida - Pé diabético. Revista Ciência Cuidado Saúde** vol. 6(Suplem. 2): pg.448-453, 2007.

MILECH, Adolfo et al. **Diretrizes da sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**; organização coletivas de autores A.C farmacêutica São Paulo,2016.

PASQUALOTTO, K. R. et al. Diabetes mellitus e Complicações. **Jornal Biotec. Biodivers.** v. 3, N.4: pp. 134-145, nov. 2012.

PEREIRA et al Características, conhecimento e autocuidado de idosos portadores de Diabetes Melittus com úlcera de pé. **Revista Pesquisa Saúde**, vol. 11(2): pp. 20-25, maio-ago, 2010.

SANTOS; M.S.L. I.G. CAPIRUNGA M.B.J; ALMEIDA, C.S.O. Pé diabético: **Condutas do enfermeiro. Revista Enfermagem Contemporânea.** 2013 Dez;2(1):225-241 disponível no site <http://www.bahiana.edu.br/revistas>

SILVA et al. Características de Lesões de Pé Diabético E Suas Complicações **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 13, núm. 2, pp. 445-453 Universidade Federal do Ceará Fortaleza, 2012.

SMANIOTTO P.H.S, et al. Tratamento clínico das feridas - curativos. **Revista de Medicina** (São Paulo). Jul. - dez.; vol. 89(3/4):137-41. 2010.

QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

QUALITY OF LIVING OF THE INSTITUTIONALIZED ELDERLY

Antônio Carlos Sombra Nascimento³⁶

Karyna Faustino Silva³⁷

Laryssa Quirino de Melo³⁸

Luciane Lima de Andrade³⁹

Valdelice Cruz Silva⁴⁰

RESUMO

O objetivo dessa pesquisa é avaliar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados em abrigos públicos. Escolheu-se o seguinte tema devido observações no estágio supervisionado no abrigo em Quirinópolis. Propõe-se como problema, investigar quais os fatores que influenciam na má qualidade de vida dos idosos? Parte-se da hipótese de que se precisa fazer várias adequações na instituição como melhorias no ambiente garantindo a segurança e proporcionando conforto, qualificação para os cuidadores, estabelecer vínculo da família, colher todos os dados pessoais no momento da admissão dos pacientes, realizar uma anamnese e registrar no prontuário para identificar as necessidades de cada idoso. Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter bibliográfico com pesquisa de campo de análise qualitativa, realizada por meio de entrevista e observação com os institucionalizados. Acredita-se que o estudo poderá contribuir significativamente proporcionando qualidade de vida de cada idoso

Palavras-chave: Idoso. Serviços Públicos. Qualidade de vida.

ABSTRACT

The objective of this research is to evaluate the quality of life of institutionalized elderly people in two public shelters. The following topic was chosen due to observations in the supervised internship at Quirinópolis. What factors influence the poor quality of life of the elderly? It is necessary to make several adjustments in the institution such as improvements in the environment, ensuring safety and providing comfort, qualification for caregivers, establishing family bonding, collecting all personal data at the moment of admission of patients, conducting

³⁶Acadêmico do curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (email).

³⁷Acadêmica do curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (email).

³⁸Acadêmica do curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (email).

³⁹Acadêmica do curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (email).

⁴⁰Acadêmica do curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Quirinópolis (email).

an anamnesis and recording in the medical record to identify the needs of every elderly person. It is an exploratory research of bibliographic character with field research of qualitative analysis, accomplished through interview and observation with the institutionalized ones. It is believed that the study could contribute significantly providing quality of life for each elderly person

Key-Works: Old man; Quality of life; Institutionalized

INTRODUÇÃO

Com acréscimo da população idosa, algumas consequências podem ser observadas, geralmente os idosos recebem aposentadorias para manter suas despesas. Observa-se grande dificuldade da família para cuidar desses idosos tanto na parte financeira quanto aos cuidados que devem ser tomados nessa fase da vida, assim os idosos acabam sendo encaminhados pelas famílias para instituições (FREITAS; SCHEICHER, 2010).

O envelhecimento é um processo natural, nessa fase da vida surgem algumas dificuldades, como físicas, psíquicas e social. Esse processo é difícil para o idoso pois ele tem que se acostumar com a dependência de familiares para desenvolver suas tarefas diárias, mas a maioria das famílias não estão preparadas para compreender as mudanças e não conseguem proporcionar o cuidado necessário e acabam encaminhando os idosos para Instituições de longa permanência, fazendo que eles se sintam abandonados e venha desenvolver algumas doenças como a depressão e a demência (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013).

Qualidade de vida envolve o bem estar, autoestima, capacidade funcional, interação social, autonomia, saúde geral, estado emocional, estilo de vida, valores culturais, religiosos e éticos, situação econômica, aceitação para as mudanças entre outros. Dessa forma, deve-se avaliar como está a qualidade de vida dos idosos (DAWALIBI et al, 2012).

O primeiro tópico abordará o serviço público e qualidade de vida dos servidores, o segundo irá trabalhar a importância da assistência familiar aos idosos institucionalizados e por fim o terceiro sobre qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

1 SERVIÇO PÚBLICO E QUALIDADE DE VIDA

O serviço público é uma evolução que surgiu a partir da Revolução Francesa. À medida que o Estado se organizava e os 3 Poderes se sedimentavam, havia a necessidade de se cuidar melhor da população, sobretudo a mais carente.

Para Gomes (s.d.) o Serviço público “é uma utilidade ou comodidade material fruível singularmente, mas que satisfaz necessidades coletivas que o

Estado assume como tarefa sua". O serviço público deve ser prestado de forma direta ou indireta, seguindo regime jurídico de direito público total ou parcial (GOMES, s.d.).

Os *empregados públicos* são todos os titulares de emprego público da Administração direta e indireta, os empregados públicos devem ser admitidos mediante concurso ou processo seletivo público, de modo a assegurar a todos a possibilidade de participação (MEIRELLES, 2010).

Definição de cargo público para Carvalho Filho, os servidores públicos têm o vínculo empregatício ao órgão publicado seja ela municipal estadual ou federal. O servidor presta suas funções de acordo com seus cargos (CARVALHO FILHO, 1999).

Segundo Turnock (2004) a saúde pública é uma área de conhecimento e intervenção mal compreendida pelo público em geral e mesmo pelos seus profissionais. Consiste em prática, e evidencia científica e motivação necessidade dos concursos de diversas áreas de conhecimento. Tendo em vista a prevenção da saúde, mas a população não vê assim (TURNOCK, 2004).

Não se pode da definição saúde pública segundo Ferreira. Durante a história tem várias escalas de evolução de acordo com a sociedade assim depende muito da população para ocorrer melhoras na resolução da saúde pública (FERREIRA, 1963).

Nas palavras de stahl tem que criar uma estratégia para unir vários setores que leve saúde e melhore o bem estar da população tanto socioeconômica e psíquica para os usuários da saúde tendo igualdade de atendimento e auto ajuda (STAHL, 2006)

Segundo Valéria Garlet (2017) qualidade de vida no trabalho tem ganhado cada vez mais ênfase em todo tipo de organização, seja ela privada ou pública. Essa preocupação com a qualidade de vida dos funcionários ganhou mais importância ao se perceber que a saúde física e mental das pessoas no ambiente de trabalho impacta diretamente na sua produtividade e nos resultados organizacionais.

Para oferecer um serviço de qualidade à sociedade é importante que as instituições, sejam públicas ou privadas, estejam preparadas para fornecer qualidade de vida no trabalho (GARLET, 2017).

De acordo com Bron (2006) o "cuidador" é uma pessoa envolvida no processo de "cuidar do outro" com quem vivencia uma experiência contínua de aprendizagem e que resulta na descoberta de potencialidades mútuas.

2 ASSISTÊNCIA FAMILIAR AOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

As crescentes taxas de envelhecimento têm representado sérios problemas para a sociedade, bem como, para idosos e familiares. Por serem

peças com saúde frágil apresentando debilitação e dependência, na maioria das vezes precisam ser cuidados pelas famílias ou instituições.

O quadro geral de assistência familiar, apresenta inúmeros problemas ligados ao cuidado, tempo, condições técnicas, higiene, estrutura residencial e locomoção dos idosos acometidos. Nem sempre ou quase nunca, as famílias estão aparelhadas e tem as condições ideais para o atendimento desses idosos.

Quando a família procura uma instituição de longa permanência para o idoso, em geral está tentando proporcionar um ambiente que ofereça cuidados essenciais à sua saúde, além de um espaço de convivência e socialização, de modo que as internações e interdições podem ser feitas com a anuência ou não desses idosos (GRANDIZOLLI, 2011).

Segundo Furlan (2011) muitos familiares após a institucionalização do idoso, não retornam para visitá-lo, delegando os cuidados aos profissionais da instituição onde os idosos têm um “sentimento de abandono” ao mesmo tempo se sente fragilizados porque se acham um incômodo para a família

Já nessa face o idoso torna-se muito dependente por isso que família é importante na construção de valores morais, éticos espirituais, sendo responsável pela formação de padrões de comportamento, tende a se responsabilizar se por eles atendendo as necessidades tem a obrigação de assumir as tarefas diárias, assumindo também um amparo social (RAMOS, 1999)

Segundo Caldas (1998), tal fato tem despertado a atenção para os problemas enfrentados pelos idosos e mostrando a necessidade de se garantir condições que propiciem o envelhecimento com dignidade.

Atualmente os idosos tendem a se esforçar para garantir uma velhice cada vez mais ativa e saudável, os idosos apresentam condições de fragilidade dependência e insegurança. A doença acarreta algumas repercussões psíquicas, angústias medo impedindo a capacidade do indivíduo para atender suas necessidades (FERNANDES, 1999).

3 QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Segundo Freitas e Scheicher (2010) historicamente, é fato que grande parte das instituições de longa permanência possui um perfil assistencialista, no qual prestar cuidados aos idosos resume-se a oferecer abrigo e alimentação. Fatores como a contratação de mão-de-obra barata não habilitada legalmente e a não-observância da estrutura física adequada da unidade repercutem consideravelmente no desenvolvimento das atividades técnicas de saúde e do próprio idoso institucionalizado.

A população idosa está vulnerável aos maus-tratos, por apresentarem maior dependências de seus familiares ou cuidadores,

De acordo com Garbin, et al (2015) uma das grandes dificuldades em relação ao diagnóstico da violência familiar diz respeito ao segredo ou conluio

familiar, pois este faz com que os idosos violentados não denunciem os seus agressores. Isso se deve, sobretudo, à vinculação à honra, à cumplicidade, à confiança estabelecidas no âmbito familiar, pelo medo da vítima em quebrar esses vínculos, além do autoritarismo e pressão psicológica exercidos pelo agressor.

Para Lucchetti os idosos institucionalizados por ficar em local fechado sem contrato com seus familiares começa a ficar depressivos assim 65% fazem usos de depressivos esses já fazem usos de medicamentos para hipertensão arterial, diabetes artrose e enfisema pulmonar e demais doenças crônicas e usos de benzodiazepinos para dormir.

Para Loyola Filho as práticas de uso de fármacos é necessário em alguns casos, visto que os idosos possuem múltiplas doenças e sintomas, como as doenças crônicas degenerativas e outras morbidades, esse grupo etário requer a utilização de muitos medicamentos, o que pode ocasionar reações adversas e interações medicamentosas

Dessa forma, é importante conhecer os aspectos demográficos e as condições de saúde, assim como ter preocupação com o uso dos medicamentos que os idosos fazem no âmbito dessas instituições. Eles possuem uma tendência à polifarmácia devido às muitas doenças limitantes, à fragilidade e à baixa imunidade. Também estão sempre susceptíveis à ocorrência de eventos adversos (FOCHAT et al, 2011).

Segundo Gomes as atividades de recreação são diversificadas e não exclusivas a momentos de lazer, podendo ser vivenciadas em outros tempos e espaços sociais, a partir de uma liderança voluntária ou profissional e com a finalidade de diversão. Já o lazer é, por natureza, parte da cultura, e se manifesta ludicamente no tempo e no espaço por meio de relações dialéticas entre pessoas e suas necessidades e obrigações, envolvendo manifestações culturais como jogos, brincadeiras, festas, passeios, viagens, esportes e formas de arte.

Na opinião de Giselle a rotina diária de idosos institucionalizados depende fundamentalmente de como a instituição planeja, organiza e oferece oportunidades para que o residente tenha mais do que apenas os cuidados mínimos atendidos. Atividades educativas, recreativas, culturais, etc., enquanto obrigações institucionais, precisam ser planejadas, organizadas e executadas com base no público ao qual são destinadas. Proporcionar espaços/momentos de lazer ao idoso institucionalizado é partir da vontade e do interesse do residente em como descansar, se divertir e se desenvolver – em outras palavras, como vivenciar lazer, para além da recreação (GISELLE, 2013).

Para Vecchia a conquista de uma vida com qualidade é construída através de um processo que inclui refletir sobre o que é importante para a vida pessoal, e assim estabelecer metas para serem atingidas tendo como inspiração o desejo de ser feliz. Desta forma, diretrizes que valorizem o idoso como protagonista de suas escolhas poderão contribuir para elevar o número de interessados na

prática do lazer.

CONCLUSÃO

Dado o exposto conclui-se que, nos últimos séculos tem se observado o crescente índice de população idosa, fase de adaptações tanto para a pessoa quanto para os familiares que na maioria das vezes não tem preparação física, emocional e financeira para prestar um cuidado adequado, sendo assim uma das opções é levar o idoso para uma instituição, para que ele receba os cuidados adequados por pessoas preparadas. Infelizmente nem sempre as instituições estão preparadas para receber esses idosos, pois não contam com estrutura adequada e mão de obra capacitada. Percebe-se a maioria dos cuidadores são funcionários públicos que exercem tal função sem nenhuma qualificação, isso pode impedir que os mesmos tenham qualidade de vida. A participação da família é muito importante na vida desses idosos mesmo depois da institucionalização, esse vínculo familiar pode prevenir que eles desenvolvam doenças como a depressão, pois nessa fase da vida são vulneráveis, impedindo que tenham que fazer uso de medicações. Em virtude do que foi mencionado o ideal seria que todas as instituições fizessem adequações necessárias em suas estruturas, capacitassem sua equipe, para fornecer conforto e cuidados necessários proporcionando assim qualidade de vida aos idosos institucionalizados.

REFERÊNCIAS

ALVES-SILVA, Júnia Denise; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel Antônio dos. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 26, n. 4, p. 820-830, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722013000400023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Feb. 2018.

ALVES-SILVA, Júnia Denise; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel Antônio dos. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 26, n. 4, p. 820-830, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722013000400023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722013000400023>.

FERREIRA, Mário César; ALVES, Luciana; TOSTES, Natalia. Gestão de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) no serviço público federal: o descompasso entre problemas e práticas gerenciais. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 319-327, Sept. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Apr. 2018.

FREITAS, Mariana Ayres Vilhena de; SCHEICHER, Marcos Eduardo. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 3, p. 395-401, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Feb. 2018.

SAÚDE

BIOMEDICINA

POR QUE DORMIMOS? IMPORTÂNCIA DO SONO PARA A SAÚDE FÍSICA E MENTAL

WHY DO WE SLEEP? IMPORTANCE OF SLEEP FOR PHYSICAL AND MENTAL HEALTH

Alex Nascimento

RESUMO

A proposta desta pesquisa exploratória bibliográfica foi abordar a importância do sono para a saúde física e mental. Discutindo sua influência nos comportamentos motivados, seu aporte aos aspectos emocionais, sua estreita relação com o aprendizado, a memória e a criatividade. Indagar a compreensão da fisiologia do sono, a quantidade de horas de sono adequada, as consequências do uso de medicamentos indutores de sono e certas questões de saúde que estão diretas ou indiretamente ligadas ao sono. Sob este prisma, foi analisado a magnitude do sono como um dos principais pilares para o equilíbrio profissional e pessoal.

Palavras-Chave: Sono, Aprendizado, Memória, Saúde.

ABSTRACT

The purpose of this exploratory bibliographical research was to address the importance of sleep for physical and mental health. Discussing their influence on motivated behaviors, their contribution to emotional aspects, their close relationship with learning, memory and creativity. To inquire into the understanding of sleep physiology, the amount of adequate sleep, the consequences of using sleep-inducing drugs, and certain health issues that are directly or indirectly linked to sleep. In this light, the magnitude of sleep was analyzed as one of the main pillars for professional and personal balance.

Keywords: Sleep, Learning, Memory, Health.

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, a qualidade e quantidade de sono é um problema grave e em ascensão em muitos países. As atividades econômicas estão adotando métodos de trabalho que englobam as 24 horas do dia, atingindo a sociedade como um todo.

O estilo de vida agitado, com variações de turnos de trabalho, estresse psicológico, exposições prolongadas à luz artificial, aliados às atividades interativas da televisão e internet, degradam o bem-estar integral do sono. A maioria das pessoas prolongam suas atividades particulares até tarde da noite, minimizando as horas de dormir.

Rodrigues e Garattoni (2013), afirmam que o brasileiro está dormindo

menos 1h30min se comparado à década de 1990. Além de, 63% da população apresentar problemas na hora de dormir. Estamos dormindo pouco e mal.

Horas insuficientes de sono impactam os processos neuroquímicos que são primordiais para o cérebro, gerando a médio e longo prazo sinais degenerativos da saúde cognitiva, tais como, problemas de memória, baixa concentração, entre outros.

Em particular, tem-se demonstrado que voluntários submetidos a períodos variáveis de 24 a 40 horas de privação de sono e periodicamente testados em relação ao seu desempenho em tarefas de atenção apresentam um desempenho degradado, caracterizado por uma redução no número de respostas emitidas, aumento no tempo de reação ao estímulo, e cometem mais erros de detecção do estímulo-alvo. (LENT, 2008, p. 278).

E ainda, segundo Lent (2008), a redução de 7 a 8 horas de sono para 4 a 6 horas gera prejuízos significativos nos testes de vigilância. O sono é um fenômeno instintivo do ser humano, essencial para o organismo se recuperar. A privação de sono prolongada pode levar o indivíduo a morte. Dormir as horas adequadas é absolutamente vital para a preservação da saúde humana.

A neurociência, atualmente, entende que o sono em suas fases distintas gera atividade mental que propiciam ao ser humano simular futuros, aumentar a criatividade, ensaiar comportamentos, solidificar a aprendizagem e manter a saúde do corpo e da mente.

1 COMPREENDENDO AS FASES E ESTÁGIOS DO SONO

O atual conhecimento do sono ocorreu com o advento dos primeiros registros da atividade elétrica cerebral, por meio do eletroencefalograma (EEG). Para Lent (2008), por meio da técnica de eletroencefalografia foi possível diferenciar o sono em duas fases distintas e alternadas, sendo o sono sem movimentos oculares (NREM) e o sono com movimentos oculares rápidos (REM).

O sono NREM é composto por 4 estágios:

Estágio 1 – corresponde a transição entre o estado de vigília e o sono;

Estágio 2 – reflete a diminuição do grau de atividade elétrica dos neurônios;

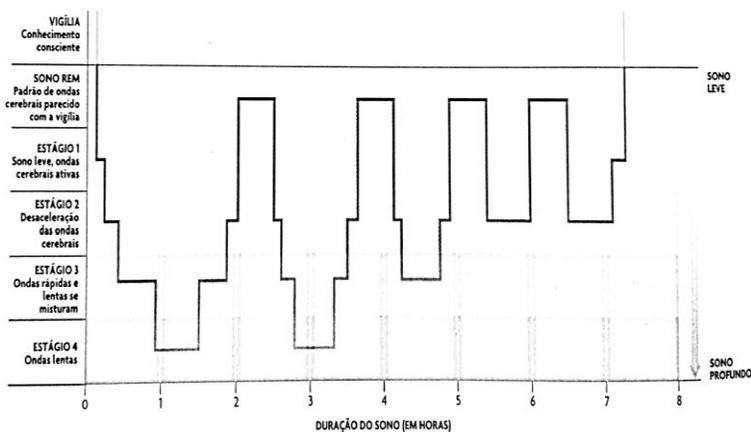
Estágio 3 – caracteriza pelo baixo tônus muscular;

Estágio 4 – parte do sono mais profundo.

No sono NREM a pessoa avança de um sono relativamente leve no estágio 1 para outro mais profundo, até chegar ao estágio 4. O sono REM corresponde ao período de sonhos mais vívidos. A Figura 1 expressa as fases e estágios do sono,

bem como suas variações num período de 8 horas adormecido.

FIGURA 1 – Fases e estágios do sono.



FONTE: PINTO (2009, p.202).

No período NREM, realizamos atividades como virar na cama, arrastar o cobertor, falar e movimentar braços e pernas. No conceito de Kolb e Whishaw (2002, p. 463), “durante o sono NREM, a temperatura do corpo, a frequência cardíaca e o fluxo sanguíneo diminuem, nós transpiramos e perdemos peso corporal, em virtude da perda de água, e nosso nível de hormônio de crescimento aumenta”.

No sono REM nossos olhos se movem, as bocas e dedos repuxam, e os homens têm ereções penianas. Um dos aspectos mais notáveis do sono REM foi descoberto em 1957 por William Dement e Nathaniel Kleitman, que ao despertar indivíduos nos períodos de REM, comprovaram que todos sonham.

Os padrões de EEG e a duração dos estágios de sono são alterados ao longo da vida. Na infância, os recém-nascidos dormem entre 16 e 20 horas por dia, sendo que 50% correspondem ao sono REM. Os adolescentes, entre 11 e 17 anos, a quantidade de sono aumenta, por isso que mesmo dormindo a noite toda permanecem sonolentos durante o dia, e o sono REM representa 25% do sono total. Na vida adulta (20-30 anos) o sono REM equivale a 2 horas de um total de 7h30min de sono.

A mudança no padrão de sono é mais evidente entre as idades de 40 e 45 anos para os homens e 50 e 55 anos para as mulheres. Pessoas com idades entre 50 e 60 anos passam em torno 10% no sono NREM profundo.

Tanto o sono NREM como o REM são fundamentais para a saúde física e emocional, gerando condições para o cérebro se cuidar e nos preparar para nossas funções diárias no período que estamos acordados.

Após os esclarecimentos das fases e estágios do sono, será abordado a seguir a quantidade adequada de horas que um indivíduo deveria dormir.

2 QUANTAS HORAS DE SONO É O IDEAL?

O corpo humano apesar de toda sua complexidade necessita descansar para manter seu equilíbrio e funcionalidade. O sono é parte vital para o reestabelecimento e fortalecimento do nosso organismo como um todo. Contudo, é importante que se obedeça aos processos bioquímicos e fisiológicos realizados durante o sono, respeitando seus ciclos e duração.

Segundo Curi e Filho (2009), cada fase possui um mecanismo neural único e com indicadores eletrofisiológicos e comportamentais diferentes. Num indivíduo saudável, durante o período de sono acontece em média de 4 a 6 ciclos bifásicos, sendo que, cada ciclo possui uma duração entre 90 a 100 minutos (Figura 1).

Simulemos, então, dois casos com os ciclos de sono e suas respectivas durações para compreendermos a quantidade ideal de sono na busca de uma melhor qualidade de vida. O **Caso 1** completará o ciclo mínimo (4 ciclos) com duração de 90 minutos, e o **Caso 2** concluirá o ciclo máximo (6 ciclos) com duração de 100 minutos.

Caso 1: 4 ciclos x 90 minutos = 360 min/60min. Indivíduo com 6 horas de sono.

Caso 2: 6 ciclos x 100 minutos = 600 min/60min. Indivíduo com 10 horas de sono.

A variação dos ciclos (4 a 6) e sua duração (90 a 100 min), tem aporte científico num estudo realizado pela neurocientista Suzana Herculano-Houzel em 2015 e publicado no periódico *Proceedings of the Royal Society B*, explicando que a quantidade de sono seria proporcional à concentração de neurônios no cérebro. Ou seja, quanto mais neurônios uma pessoa possui, maior sua necessidade de dormir.

Essa relação entre quantidade de neurônios e sono, segundo Deslantes et al (2015), está na necessidade que o cérebro tem para eliminar as toxinas e detritos gerados pelas conexões neurais acumulados ao longo do dia. Redes neurais maiores demandam mais tempo de “faxina”, e conseqüentemente, mais horas de sono. Na privação do sono essas toxinas se acumulam, comprometendo a capacidade mental.

O bebê dorme mais porque seu cérebro exige mais concentração, com a idade perdemos neurônios, a concentração diminui, e assim dormimos menos. Contudo, os neurocientistas defendem uma quantidade média de 8 horas de sono, visto que, nesse período o organismo humano atuará na sua recuperação e reparação.

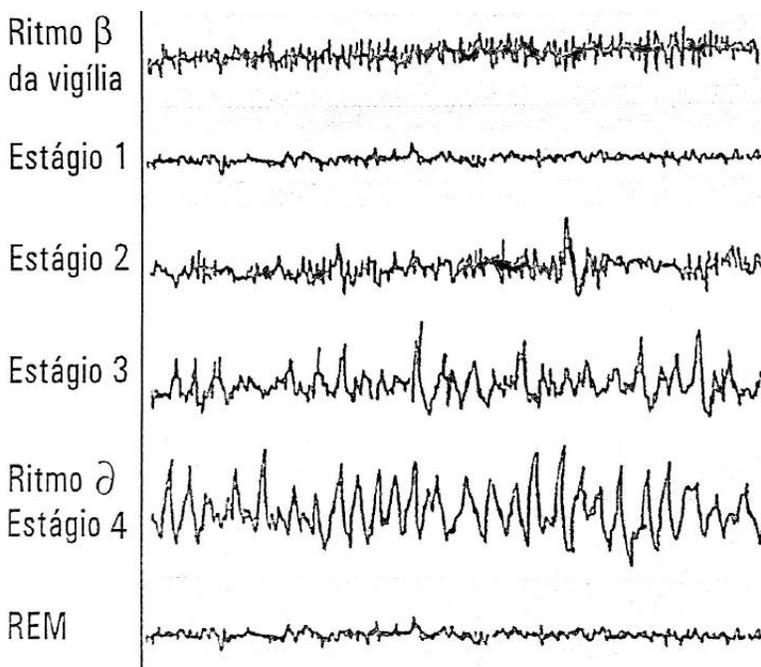
A seguir será argumentado a importância do sono REM e as mudanças

provocadas por esta fase na estrutura e configuração da rede neuronal.

3 A IMPORTÂNCIA DO SONO REM

Na fase do sono REM ou *Rapid Eye Movement* (movimento rápido dos olhos) o cérebro se mantém muito ativo, com ondas cerebrais semelhantes as produzidas quando estamos acordados, englobando áreas envolvidas nas sensações. No EEG da Figura 2, observa-se que o traçado do estágio 1 do sono NREM é parecido com o traçado do sono REM, indicando atividade cerebral.

FIGURA 2 – Registro cerebral do sono.



FONTES: KOLB e WHISHAW (2002, p. 462)

Nas últimas décadas tem ficado explícito o papel do sono na formação da memória e reestruturação da aprendizagem. O sono fortalece as memórias adquiridas durante o estado de vigília por meio da potenciação a longo prazo, um processo que maximiza as ligações das redes neurais que disparam ao mesmo tempo.

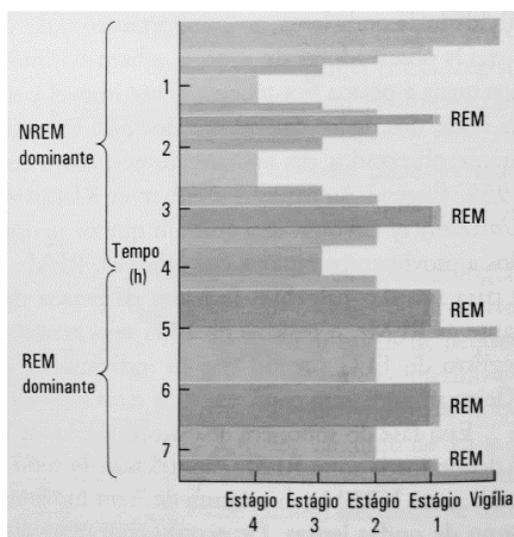
Na concepção de Ribeiro (2010), durante o estado de vigília, quando estamos aprendendo algo, acontece a ativação de genes capazes de mudar a

morfologia e funcionalidade dos neurônios. Esses mesmos genes são acionados novamente durante o sono REM, promovendo a consolidação da memória.

Na fase do sono REM regiões profundas do cérebro realizam estimulações elétricas do córtex cerebral, consolidando as memórias adquiridas na vigília. Pesquisas solidificam cada vez mais a primícia de que o sono e o sonho são cruciais para o armazenamento e reestruturação do aprendizado.

Na Figura 3, observa-se que, em uma noite de sono típica acontecem diversas mudanças no estado do sono. A fase NREM domina a primeira metade da noite e o REM é mais evidente na segunda metade da noite, no terço final desse período.

FIGURA 3 – Sono NREM e REM.

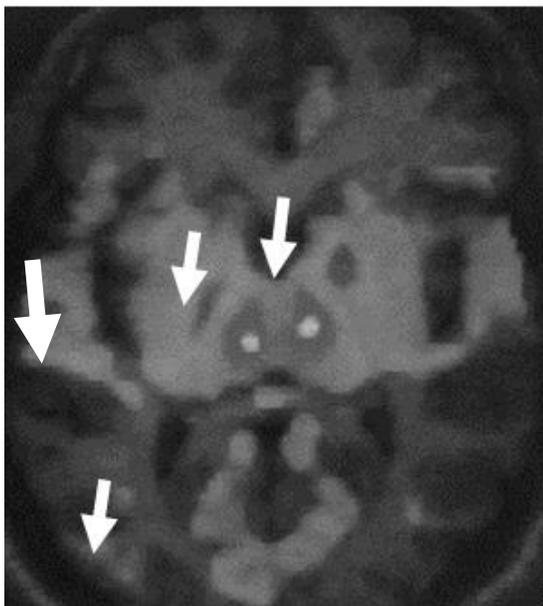


FONTE: KOLB e WHISHAW (2002, p. 462)

O comprimento das barras está relacionado com a profundidade do sono. A espessura das barras indica a duração de cada estágio do sono.

A fase REM do sono é um processo restaurativo e tem um papel importante no armazenamento e organização da memória. Essa fase tem a capacidade de estabilizar o aprendizado adquirido quando estamos acordados, protegendo-os de interferência e fortalecendo a memorização.

A ressonância magnética funcional exibida na Figura 4 demonstra atividade cerebral na fase REM. A região cinza mais claro indica alta atividade do cérebro no estágio REM do sono que equivale a um indivíduo acordado e aprendendo.

FIGURA 4 – atividade cerebral no sono REM.

FONTE: PINTO (2009, p. 203).

O estudo por imagem denota que durante o sono REM o cérebro trabalha como se estivéssemos acordados. A pesquisa realizada em 1994 pelos neurobiólogos Avi Kami e Dov Sagi, do Instituto de Ciência Weizmann, em Israel, demonstrou que após uma noite de sono, com quantidade adequada de sono REM, voluntários melhoravam seus desempenhos em testes de reconhecimento rápidos de objetos. Entretanto, se os voluntários fossem privados da fase do sono REM, o ganho desaparecia.

Nos estudos de Stickgold e Ellenbogen (2008), observou-se que durante o sono REM o cérebro tem uma grande facilidade para “ligar” e “desligar” certas áreas do cérebro que outras. O córtex relacionado a imagens visuais e percepção do movimento são mais acionadas quando estamos dormindo, com maior intensidade do que no estado de vigília.

Barrett (2012, p. 29) constatou que “áreas que restringem o pensamento ao que é lógico são menos ativadas durante o sono REM, o que abre as portas para a criatividade”.

Numa série de pesquisas no laboratório de Harvard em 2011, a pesquisadora Erin Wamsley solicitou aos participantes que passasse por um labirinto virtual. Após algum tempo de prática, um primeiro grupo permaneceu

acordado, o segundo grupo passou um período no sono REM, e um terceiro grupo por um sono NÃO REM. Sua pesquisa foi apresentada na Conferência Internacional da Associação de Estudos do Sonho, nos Estados Unidos, e relatou que somente o sono REM aperfeiçoou o desempenho dos participantes.

Pesquisas posteriores confirmaram que o sono REM ajuda na solução de problemas e quanto mais longo o período do sono REM, melhor a retenção do conteúdo estudado.

No tópico adiante será tratado como algumas doenças estão diretas ou indiretamente ligadas ao sono.

4 DOENÇAS RELACIONADAS AO TEMPO DE SONO

Cerca de um terço da vida o ser humano passa dormindo, e mesmo assim o cérebro permanece ativo, realizando funções relevantes. Apesar de se tratar de um comportamento complexo, sabe-se que a privação de sono traz efeitos desfavoráveis ao desempenho cognitivo, alterações comportamentais e hormonais.

Segundo o Dr. Phd Matthew Walker (2017), dormir menos de sete horas por noite prejudica seu sistema imunológico, desregula a microbiota intestinal e aumenta o risco de câncer.

Herculano-Houzel (2009), descreve um estudo da Universidade Chicago que concluiu que o sono é primordial para regular o metabolismo de glicose no sangue. O estudo constatou que o problema de diabetes é mais comum entre pessoas que apresentam problemas de sono ou insônia, e que o estado de vigília prolongado gera resistência insulínica.

A privação de sono é muito perigosa para a saúde de forma geral, uma rotina agitada com poucas horas de sono está relacionada a doenças cardiovasculares, depressão e ansiedade.

Uma pesquisa publicada no dia 09 de abril de 2018 no periódico *Proceedings Of The National Academy Of Sciences*, descobriu uma relação entre sono e a Doença de Alzheimer. Os pesquisadores selecionaram 20 indivíduos saudáveis, com idades entre 22 e 72 anos, e registraram os efeitos da privação do sono sobre estes indivíduos. Verificaram que quanto menor o período de sono, maior a produção de beta-amiloide no cérebro, ou seja, o acúmulo dessas proteínas oportuniza uma queda nas funções cognitivas, uma das características do Alzheimer.

Um estudo de agosto de 2018, feito no Reino Unido com 1.615 adultos, com idade entre 19 e 65 anos, e publicado na "Plos One", demonstrou que aqueles que dormiam seis horas ou menos por noite teve um aumento de até 3 centímetros de cintura, mesmo estando de dieta, em relação aos que dormiam nove horas. O mesmo estudo constatou ainda que a quantidade de horas de sono está ligada à diminuição do colesterol HDL (considerado o colesterol bom).

A privação do sono, seja ela voluntária ou involuntária, acarreta prejuízos a saúde do indivíduo, além de provocar alterações nos processos de atenção podendo gerar consequências sérias, para motoristas de caminhões, médicos, trabalhadores de usinas elétricas, entre outros.

Passaremos a discutir a seguir o uso de medicamentos na indução do sono.

5 MEDICAMENTOS INDUTORES DO SONO

Se tem uma coisa que o Brasil está em crescimento é no consumo de medicamentos. No ano de 2016 era o sexto país no ranking, segundo Kedouk (2016), e a previsão era de que em 2017 assumisse a quarta posição, perdendo somente para os Estados Unidos, Japão e China.

Segundo a mesma autora, o medicamento Rivotril foi o mais prescrito em nosso país entre 2013 e 2014. As vendas de clonazepam, o princípio ativo do calmante, aumentaram 73% nos últimos nove anos e as de antidepressivos subiram 44% em cinco anos.

O Rivotril pertence à classe dos benzodiazepínicos, medicamentos que causam inibição leve do sistema nervoso, com consequente ação anticonvulsivante, sedativa leve, relaxante muscular e tranquilizante.

De acordo com Pinto (2009), os medicamentos prescritos para indução do sono levam o indivíduo a um sono mais profundo do que o normal, tornando grande parte do cérebro inativa. Medicamentos indutores do sono ativam o sono profundo (estágio 4) em descomedimento, atrapalhando o sono REM e seus benefícios para a saúde.

Pesquisadores canadenses e franceses encontraram indícios de que tomar benzodiazepínicos por mais de três meses seguidos aumenta de 43% a 51% o risco de desenvolver Alzheimer, além de causar prejuízos de memória irreversíveis.

No assunto seguinte serão comentadas as pesquisas que poderão contribuir para melhorar a qualidade do sono.

6 AJUDA-TE A TI MESMO

Um dos hormônios esteroides de grande importância para o sono é a melatonina, produzida a partir do colesterol e do aminoácido não-essencial tirosina. A melatonina é relevante para sono e essencial para o sono REM.

No entendimento de Curi e Filho (2009), dentre as funções da melatonina, estão a indução do sono, analgesia, atividade antineoplásica, varredor de radicais livres e retardo do envelhecimento.

José Cipolla-Neto, professor da USP e uma das maiores autoridades no que se refere a essa molécula (melatonina) explica que a utilização do suplemento de melatonina é uma boa opção para ajudar nos distúrbios do sono e dos ritmos

biológicos. A idade é outro fator que pesa a favor da suplementação, visto que, a produção deste hormônio pelo corpo diminui com o envelhecimento. Segundo Dr. Frazão, clínico geral, a melatonina sob prescrição de um especialista, ajuda a tratar a insônia, Alzheimer e isquemia.

Uma pesquisa realizada na Universidade de Tsukuba, no Japão, em 2017, descobriu que o octacosanol, uma mistura de substâncias serosas, obtido da cana-de-açúcar, reduz o estresse e restaura o sono. Ou seja, tomar o líquido da cana-de-açúcar (garapa) ajuda a ter uma melhor noite de sono.

O maior chamativo a ser feito a população atualmente, é solicitar para que reveja a duração e a qualidade do sono com mais cuidado, dando a devida importância, para que hajam pessoas mais saudáveis e produtivas. Procurar um especialista nesta área já é um grande passo, seja para orientações e/ou tratamento do sono.

CONCLUSÃO

Ao abordar o tema em questão, buscou-se discutir a importância de dormir com qualidade e com certo período de duração, visto que, a geração atual cada vez dorme menos, seja por motivos de trabalho, jogos na internet, baladas, entre outros. Dormir adequadamente é substancial para o corpo estabelecer o equilíbrio fisiológico do organismo.

Então, por que dormimos?

Dormimos para que complexos processos ocorram e possamos nos tornar pessoas altamente eficientes num mundo globalizado e competitivo.

Dormimos para melhorar nossa diversidade cognitiva, maximizar o aprendizado, a memorização e as tomadas de decisões.

Dormimos para que ao estarmos acordados aproveitarmos bem o dia.

Enfim, nas palavras de Fernando Pessoa, “de sonhar ninguém se cansa, porque sonhar é esquecer, e esquecer não pesa e é um sono sem sonhos em que estamos despertos”.

Que tenhamos dias repletos de sucesso, paz e felicidade, e principalmente uma noite de sono sempre abençoada.

Este capítulo não substitui consultas e/ou recomendações médicas.

REFERÊNCIAS

BARRETT, Deirdre. Scientific american – **As respostas que vêm dos sonhos**. São Paulo: Ed. Duetto, n. 229, págs. 26-33, 2012.

CURI, Rui; FILHO, Joaquim Procópio de Araújo. **Fisiologia básica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

DESLANDES, Andrea; FERNANDES, Valter; RIBEIRO, Sidarta. Scientific american – **dormir bem, comer melhor e fazer exercícios físicos para aprender mais**. São Paulo: Ed. Duetto, n. 266, págs. 24-31, 2015.

HERCULANO-HOUZEL, Suzana. **Pílulas de neurociência para uma vida melhor**. Rio de Janeiro: Sextante, 2009.

KEDOUK, Márcia. **Tarja preta: os segredos que os médicos não contam sobre os remédios que você toma**. São Paulo: Ed. Abril, 2016.

KOLB, Bryan; WHISHAW, Ian Q. **Neurociência do Comportamento**. Barueri: Manole, 2002.

LENT, Roberto. **Neurociência da mente e do comportamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MORAES, Alberto Parahyba Quartin de. **O livro do cérebro, 2: sentidos e emoções**; traduzido por Frances Jones. São Paulo: Duetto, 2009.

PINTO, Graziela Costa. **O livro do cérebro, 3: memória, pensamento e consciência**; traduzido por Frances Jones. São Paulo: Duetto, 2009.

PINTO, Graziela Costa. **O livro do cérebro, 4: envelhecimento e disfunções**; traduzido por Frances Jones. São Paulo: Duetto, 2009.

RIBEIRO, Sidarta. Scientific american – **para que servem os sonhos?** São Paulo: Ed. Duetto, n. 213, págs. 28-35, 2010.

RODRIGUES, Anna Carolina; GARATTONI, Bruno. Revista superinteressante - **Sono: nunca dormimos tão mal**. São Paulo: Ed. Abril, n. 326, dezembro de 2013.

STICKGOLD, Robert; ELLENBOGEN, Jeffrey M. Scientific american – **7 segredos do cérebro saudável**. São Paulo: Ed. Duetto, n. 32, págs. 58-65, 2008.

WALKER, Matthew. **Why we sleep:** the new science of sleep. EUA:
Penguin Books, 2017.

A PREDOMINÂNCIA DE ENTEROPARASITAS EM CRIANÇAS DE ZERO A DOIS ANOS IDADE NOS CENTROS MUNICIPAIS DE EDUCAÇÃO INFANTIL EM CIDADES DO INTERIOR DE GOIÁS
THE PREDOMINANCE OF ENTEROPARASITAS IN CHILDREN OF ZERO TO TWO YEARS AGE IN THE MUNICIPAL CENTERS OF CHILDREN EDUCATION IN CITIES OF THE INTERIOR OF GOIÁS

Luiz Alexandre Pereira⁴¹

Isabella Beatriz Nunes Menezes⁴²

Ma.Taciane Carpini⁴³

RESUMO

O presente estudo se desenvolveu com o intuito de verificar se as crianças regularmente matriculadas e frequentes dos CMEIs em municípios do interior de Goiás possuíam ou não alguma patologia de caráter parasitário, tendo em vista que as parasitoses intestinais são consideradas um imenso problema de Saúde Pública no Brasil, pois é imensamente prejudicial para a população causando assim comprometimento do progresso escolar das crianças e possibilitando outras afecções. Com embasamento teórico em diversas literaturas foi possível a realização do projeto, tornando-a viável à análise minuciosa da prevalência de enteroparasitas em dois municípios distintos. Foi possível a obtenção de um estudo de caráter descritivo, com visitas técnicas e regulamentada através da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido baseado na Resolução de nº190/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados obtidos atenderam a ampla pesquisa realizada para sustentação do estudo quantitativo, onde as principais enteroparasitoses se encontravam nas crianças na cidade de Maurilândia com predominância da Giardia Lamblia, já no município de Aparecida do Rio Doce os enteroparasitas eram praticamente nulos devido a vermifugação realizada.

Palavras-chave: Enteroparasitoses. Parasitas. Prevenção. Saúde Pública.

ABSTRACT

The present study was carried out in order to verify if the regularly enrolled and frequent children of the CMEIs in municipalities of the interior of Goiás had or not some pathology of parasitic character, considering that the intestinal parasitoses are considered an immense problem of Public Health in the Brazil, since it is immensely detrimental to the population, thus causing a compromise of the children's school progress and making possible other affections. With

⁴¹ Acadêmico de Biomedicina – Faculdade Quirinópolis.

⁴² Acadêmico de Biomedicina – Faculdade Quirinópolis.

⁴³ Coordenadora e Docente do Curso de Biomedicina – Faculdade Quirinópolis (tacianecarpini29@gmail.com).

theoretical basis in several literatures, it was possible to carry out the project, making it feasible to analyze the prevalence of enteroparasites in two different municipalities. It was possible to obtain a descriptive study, with technical visits and regulated through the application of the Informed Consent Term based on Resolution No. 190/96 of the National Health Council. support of the quantitative study, where the main enteroparasitoses were found in children in the city of Maurilândia, with predominance of *Giardia Lamblia*. In the municipality of Aparecida do Rio Doce, the enteroparasites were practically null due to vermifugation.

Keywords: Enteroparasitosis. Parasites. Prevention. Public Health

INTRODUÇÃO

Um grande problema de saúde pública são as parasitoses intestinais, pois em países de terceiro mundial, tal problema é um dos principais fatores que fragilizam a população, aliado constantemente a quadros de diarreia crônica, perda proteica intestinal, anemia, dores abdominais e desnutrição, afetando assim o desenvolvimento físico, psicossomático e intelectual, principalmente da população infantil e jovem (LUDWIG et al. 1999).

Segundo Ferreira et al. (2005), o parasitismo intestinal ainda se compõe como complexos obstáculos da saúde pública no Brasil, especialmente pela sua relação com o grau de desnutrição das populações, ou seja, afetando principalmente as populações de baixa renda, que vivem em condições precárias de saneamento básico e higiene.

A transmissão parasitaria esta ligada à condição de vida que o indivíduo possui, com isso, é fundamental ter em vista os fatores culturais, psicológicos e sociais vivenciados, para que assim se possa realizar alguma intervenção. As parasitoses intestinais são consideradas um grande problema para a saúde pública visto que podem causar diarreia, má absorção, obstrução intestinal anemia e até mesmo desnutrição (BUSATO et al. 2015).

Alguns estudos evidenciam que a enteroparasitose assume grande relevância no Brasil, principalmente em crianças que frequentam creches, por ser um ambiente com maior coletividade pode ocasionar grandes surtos com maior facilidade. E grande parte dos surtos são causados pelo parasita *Giardia Lamblia*, podendo resultar em até mesmo carência nutricional (PEDRAZA et al. 2014).

De acordo com PEDRAZZANI et al. (1990, apud VINHA, 1975) "A redução das condições físicas e de atividades de cada indivíduo parasitado representa uma perda óbvia previsível em dias de trabalho, capacidade para o aprendizado, atraso no desenvolvimento físico, mental e social". Intensifica assim a necessidade de programas de Educação e Saúde visando proporcionar a

população conhecimento sobre as enfermidades parasitárias, seu risco e consequentemente a melhoria da saúde.

1 METODOLOGIA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E ÁREAS DE ESTUDO

Este trabalho foi um estudo de caráter descritivo com vistas a avaliar a prevalência de enteroparasitoses em crianças de zero a dois anos de idade em Centros Municipais de Educação Infantil – CMEI's, nas cidades de Aparecida do Rio Doce e Maurilândia, ambas no estado de Goiás.

Na cidade de Aparecida do Rio Doce, o Centro Educacional mencionado é situado na Rua A-1, Lt. 01 - S/N, no Setor Dona Antonia Fernandes do Prado da cidade de Aparecida Do Rio Doce- GO.

Na cidade de Maurilândia, o Centro Educacional mencionado situa-se na Avenida João Agostinho de Miranda, Qd. 12 Lt.19 – S/N, no Bairro Flauzino de Faria.

2 ATIVIDADES PRELIMINARES À EXECUÇÃO DO PROJETO

Antes do início do processo de investigação do projeto, foram tomadas as devidas providências juntos instituições mencionadas através da Secretaria Municipal de Educação de cada município a fim de regulamentar a pesquisa de campo, seus objetivos e formas de estudos. A pesquisa realizou-se através da visita às instituições mencionadas sendo que, a primeira visita teve com o objetivo principal de inteirar os cuidadores sobre o propósito do estudo, a obtenção das amostras fecais e a necessidade de acesso livre às dependências dos CMEI's, ressaltando a colaboração de todos para o sucesso do estudo.

Posteriormente ao primeiro contato foram realizadas outras visitas para obtenção das amostras que foram encaminhadas ao Laboratório de Parasitologia da Faculdade Quirinópolis para análise. O projeto em estudo ofereceu riscos mínimos e providenciou-se todo o cuidado necessário para que não ocorresse nenhuma situação de risco ou perigo ao menor, e o sigilo de dados foi absoluto sendo o conhecimento dos dados destinados apenas à pesquisa.

Para finalidade de regulamentação e registro, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido às gestoras em conformidade com a Resolução de nº 190/96 do Conselho Nacional de Saúde ressaltando a garantia do anonimato e a da liberdade de recusa da execução da pesquisa.

3 COLETA DE DADOS E AMOSTRAS

Foram coletadas amostras fecais em fraudas ou em roupas íntimas de 30 crianças com faixa etária de zero mês a dois anos de idade, sendo 15 crianças do

CMEI de Maurilândia e mais 15 crianças do CMEI de Aparecida do Rio Doce, estruturando assim a primeira etapa da pesquisa na qual estava diretamente relacionada à comparação dos números de casos nos CMEI's e os tipos de enteroparasitas encontrados dispensando a informação de gêneros.

4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE AMOSTRAS, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E AMOSTRAS.

Utilizou-se frascos de coletores de fezes esterilizados, espátulas de madeira, luvas de procedimentos de material descartável, sacos plásticos, etiquetas de identificação, caixa de isopor e fita adesiva crepe.

A orientação para o método da coleta de amostras levou em consideração que crianças da faixa etária de zero a dois anos não têm total controle do esfíncter anal, motivo pelo qual as fezes foram coletadas da própria fraude ou peça íntima.

Obtiveram-se as amostras utilizando uma espátula de madeira para retirar porções das fezes e depositadas em frascos coletores, identificados, embrulhados e acondicionados em geladeira ou local arejado até ser encaminhado ao laboratório para análise.

5 ANÁLISE DAS AMOSTRAS

A análise das amostras obtidas com vistas a identificar cistos e trefozoítos de protozoários e ovos de larvas de helmintos, foi realizada através do método de Blagg, também conhecido por MIFC visando à possibilidade de acelerar o processo de sedimentação comparado com o método de Hoffman, Pons e Janer, ou mesmo método de Lutz que necessita de 2 a 24 horas de repouso para garantir sua eficácia.

- No primeiro momento coletou as fezes recém-emitidas e as depositou em coletores esterilizados não utilizando líquido conservador tendo em vista que a análise ocorreu de forma imediata;
- Homogeneizou bem, cerca de 5 ml de água para 2g de fezes;
- Filtrou a suspensão de fezes em gaze cirúrgica dobrada em quatro, nos cálices;
- Transferiu 1 a 2 ml de filtrado para um tubo cônico de centrifugação, com capacidade para 15 ml;
- Centrifugou por um minuto a 1.500rpm e após desprezou o líquido sobrenadante cuidadosamente, e com o auxílio de uma pipeta coletou o material em estudo e o depositou diretamente nas lâminas;
- Após adicionou lugol, homogeneizou e analisou as amostras em microscópio óptico com as objetivas de 10x e/ou 40x.

Posto isso, após a preparação, todas as amostras foram separadas e analisadas no mesmo dia junto ao Laboratório de Microbiologia e Parasitologia da Faculdade Quirinópolis para obtenção dos resultados para que não houvesse riscos de comprometer os resultados obtidos.

6 ANALISE ESTATÍSTICA

Os dados obtidos foram submetidos ao teste T “student” e colocado aos parâmetros analisados.

O teste T (de student) foi desenvolvido por Willian Sealy Gosset em 1908 que usou o pseudônimo “Student” e sua principal usualidade é para exame estatístico de duas médias populacionais.

Um teste t de duas amostras examina se duas amostras são diferentes e normalmente é usado quando duas distribuições normais têm variâncias desconhecidas e quando um experimento usa um tamanho pequeno de amostra.

7 RESULTADOS

Na primeira etapa, obteve-se um total de 30 amostras, onde nestas encontrou-se enteroparasitas de distintas classificações, no entanto, o protozoário *Giardia Lamblia* foi achado com uma maior prevalência nas amostras analisadas.

Os resultados obtidos na primeira etapa permitiu observar nas amostras fecais coletadas na cidade de Maurilândia que, nove (9) das quinze (15) amostras deram positivas representando que 60% das crianças eram hospedeiras de algum tipo de protozoário parasitas e apenas seis amostras negativas (40%).

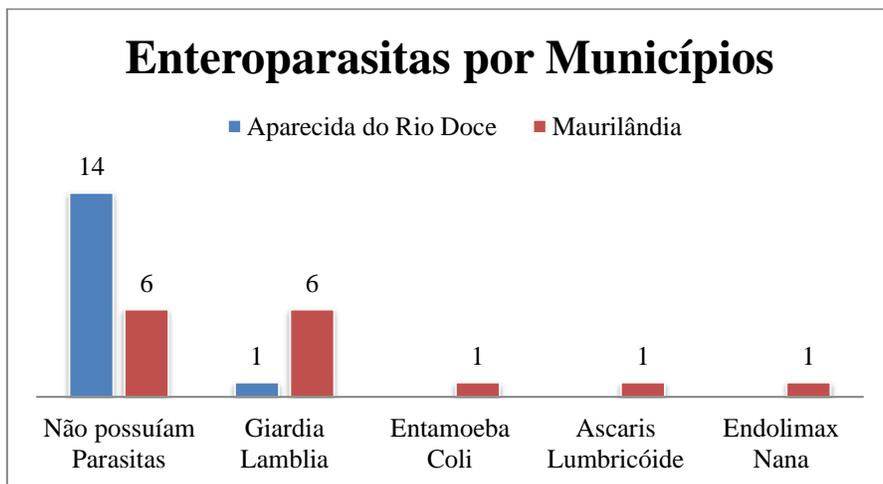
Na cidade de Aparecida do Rio Doce, do total de quinze (15) amostras apenas uma (1) deu positiva onde encontrou o protozoário *Giardia Lamblia*.

Em ambas as situações a porcentagem válida e acumulativa obteve os mesmos valores.

Os resultados que sobrevêm ao Município de Aparecida do Rio Doce se da devido ao projeto de vermifugação que o Município possui, no qual a Enfermeira padrão e os Agentes de Saúde visam à comunicação e esclarecimento sobre as parasitoses e possuem como objetivo principal vermifugar as crianças do Município, podendo assim, proporcionar uma melhor qualidade de vida a elas.

Por sua vez, o Município de Maurilândia ainda não possui um projeto vinculando Educação e Saúde relacionado ao controle e tratamento de parasitoses intestinais.

GRÁFICO 1: Exames Parasitológicos de fezes realizados nos CMEI's de Aparecida do Rio Doce e Maurilândia.



FONTE: Pesquisa de campo realizada nos CMEI's de Aparecida do Rio Doce e Maurilândia em setembro de 2018.

As crianças estudadas apresentaram-se em uma faixa de idade de zero e dois anos de idade, sendo duas crianças com oito meses e uma com dez meses, onde transformou esses meses em anos para melhor qualidade dos estudos de valores estatísticos.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise minuciosa sobre as enteroparasitoses, haja vista que foi realizada uma pesquisa de campo na qual teve por objetivo verificar se as crianças entre zero a dois anos matriculadas nos CMEIs de Aparecida do Rio Doce e Maurilândia, ambas cidades do interior de Goiás possuíam alguma enfermidade parasitária, permitindo assim a obtenção de dados consistentes.

De modo geral, foi observado que as parasitoses intestinais infelizmente ainda acometem um grande número de crianças, atrapalhando seu progresso escolar e podendo resultar em outras afecções.

Dada a devida importância ao assunto, torna-se necessário que os Municípios desenvolvam programas de Educação e Saúde com objetivo principal de conscientizar a população adulta e infantil sobre os riscos ao não realizar um tratamento adequado para parasitoses intestinais, a importância da higienização

e posteriormente suceder o indivíduo ao tratamento adequado.

A realização do programa de Educação e Saúde proporcionando a vermifugação infantil associado ao saneamento básico completo irá prevenir doenças e consequentemente melhorar a qualidade de vida dos cidadãos. Dessa forma, possibilitará a melhoria na Educação e, sobretudo a redução da mortalidade infantil, resultando em crianças e adultos saudáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BUSATO, M. A. et al. **Parasitoses intestinais: o que a comunidade sabe sobre este tema?**. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/viewFile/922/674>. Acesso em: 30.09.2018.

GROSS, R. et al. **The impact of improvement of water supply and sanitation facilities on diarrhea and intestinal parasites: a Brazilian experience with children in two low-income urban communities.** Disponível em: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101989000300006&lang=pt. Acesso em: 29.09.2018.

MELLO, D. A. et al. **Helmintoses intestinais: o processo de comunicação e informação no Programa de Educação e Saúde em Verminose.** Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X1992000100010&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em: 29.09.2018.

MELLO, D. A. et al. **Helmintoses intestinais. I Conhecimentos, atitudes e percepção da população.** Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101988000200010. Acesso em: 30.09.2018.

MACIEL, E. L. N. et al. **Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo.** Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200014&lang=pt. Acesso em: 30.09.2018.

PEDRAZA, D. F. **Doenças infecciosas em crianças pré-escolares brasileiras assistidas em creches.** Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2014.v19n2/511-528/pt/>. Acesso em: 30.09.2018.

PEDRAZZANI, E. S. et al. **Aspectos educacionais da intervenção em helmintoses intestinais, no subdistrito de Santa Eudóxia, Município de São Carlos — SP.** Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000100008&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 30.09.2018.

REY, Luís. **Parasitologia 4ª Edição.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

NEVES, Pereira de D., MELO, De Lane A., LINDARDI, Marcos P., VITOR, W. Almeida Ricardo. **Parasitologia Humana, 11ª Edição.** São Paulo: Atheneu, 2010.

CIÊNCIAS HUMANAS

ARTE

A FORMAÇÃO DO ARTE EDUCADOR – RELATOS DE UMA EXPERIÊNCIA EM EAD - CURSO DE EXTENSÃO: FOLIA DE REIS - IDENTIDADES VISUAIS E POÉTICAS CONTEMPORÂNEAS

EDUCATIONAL TRAINING OF THE ARTS EDUCATOR-REPORTS ON DISTANCE LEARNING EXPERIENCES: REVELRY OF THE KINGS-FOLIA DE REIS - VISUAL IDENTITIES AND CONTEMPORARY POETICS.

Genecy Maria da Costa Moraes⁴⁴

RESUMO

O presente artigo apresenta uma reflexão sobre relatos de experiência acerca do desenvolvimento do curso de extensão para a formação continuada do professor direcionado aos acadêmicos de Licenciatura em Artes Visuais da EaD/FAV. O curso teve a pretensão de contribuir com os futuros arte-educadores para a ampliação de sua visão sobre a Cultura Popular no âmbito sócio-histórico cultural e na educação. Pretendeu-se ainda, o desenvolvimento de habilidades e competências para o exercício em suas práticas pedagógicas no ensino e aprendizagem em artes com a valorização de sua própria cultura por meio das poéticas contemporâneas e na identificação da qualidade estética da produção artística no contexto da cultura popular existentes nas manifestações e expressões da Folia de Reis.

Palavras chave: Cultura Popular. Educação. Estética. Folia de Reis. Poéticas Contemporâneas.

ABSTRACT

The present article is a reflection about experiences related to the extensive continuous educational teachings of the development of the Visual Arts of the EaD/FAV (off campus – long distance/Faculdade de Artes Visuais). The course's study intended on contributing with the future arts-educators for the expansion on its' view of the popular culture in the socio-historic cultural and educational

⁴⁴ Pós-graduada em Arte – Especialista em Arte, Educação e Tecnologias Contemporâneas do Arteduca – Instituto de Artes da Universidade de Brasília (IdA-UnB); Pós-graduada em Gênero e Diversidade na Escola – Catalão/UFG; Graduada em Licenciatura em Artes Visuais pela Faculdade de Artes Visuais da Universidade Federal de Goiás (FAV/UFG); Docente na Instituição de Ensino Superior de Quirinópolis LTDA – FACULDADE JOÃO PAULO II – FAJOP; Arte Educadora e Artista Visual – Quirinópolis/GO. (gcostamoraes@gmail.com).

aspects of the subject. Furthermore, the development of the abilities and its competent practices, teaching and learning techniques of the arts in its own contemporaneously poetical cultural environment, identifies the esthetically and artistically quality in the presentation and production of the Folia de Reis. (Religious folkloric Catholic celebration that takes place on January 6 of every year that was introduced to the Brazilian culture by the Portuguese colonization).

Key words: Popular culture. Education. Esthetic. Folia de Reis. Contemporaneously Poetical.

INTRODUÇÃO

Dentre as diversas possibilidades de formação docente que a Faculdade de Artes Visuais (FAV) promove no Curso de Licenciatura em Artes Visuais na modalidade em EAD estão os cursos de extensão que proporcionam várias oportunidades para os cursistas, entre elas, as horas complementares necessárias para a sua formação acadêmica. Os cursos de extensão oferecidos pela EAD/FAV têm como objetivo contribuir com a formação continuada dos professores para o exercício da arte em suas práticas teórico-pedagógicas e como elas são concebidas para o desenvolvimento do processo de ensino e aprendizagem. Aborda também o conhecimento que o professor de arte necessita ter do seu meio sociocultural de forma a interferir significativamente na sua prática cotidiana e, conseqüentemente, na vida escolar de seus educandos por meio do processo educativo que lhes possibilita a aquisição de conhecimentos da sua própria cultura para que fortaleçam os seus valores de modo significativo.

A metodologia desenvolvida para a produção do texto relato de experiência aborda os seguintes tópicos: **Educação a Distância e AVA** - traz uma sucinta reflexão sobre os modos de aplicabilidade do ensino a distância e apontamentos sobre a formalidade da regulamentação da EAD no país. A seguir - **Formação do Arte Educador e Cultura Popular** - descreve sobre a importância de o professor possuir formação específica na área de Artes Visuais a fim de atuar no ensino aprendizagem em arte nos espaços educacional e social, bem como compreender a necessidade de relacionar o trabalho do/a arte educador/a com a cultura popular em diversos aspectos.

O tópico - **Curso de Extensão: Folia de Reis - Identidades Visuais e Poéticas Contemporâneas** - primeiramente traz uma conceituação sobre curso de extensão e suas características. Apresenta reflexões conceituais sobre os termos do título do projeto do curso. Define também os objetivos propostos de acordo com a temática. Essa, por sua vez teve como foco uma das particularidades da cultura popular por meio da manifestação da folia de reis,

bem como os aspectos no que tange às suas origens, tradição, hábitos, formas de expressão, mas, sobretudo, a importância e sua influência na transformação do comportamento humano como um ser social caracterizado pela identidade cultural.

Para a realização das atividades do plano de curso foram disponibilizados no AVA na plataforma do Moodle, para os participantes cursistas, recursos materiais teóricos e didático-pedagógicos, recursos audiovisuais como vídeos, imagens e sons, endereços de sites com a finalidade de pesquisa e espaços de interação por meio dos Fóruns de Debates e de exposição nas Galerias de Imagens. As atividades estabeleceram-se em três etapas: a primeira denominada - **Flores, Fitas e Versos: A Poética Popular** - teve a pretensão de incentivar a pesquisa sobre os artistas da cultura popular; destacar os modos distintos de manifestação e expressão de cada grupo de foliões conforme a região/local dos participantes cursistas e o levantamento de dados históricos e origem da Folia de Reis.

A segunda atividade - **Folia de Reis: Fitas e Chitas - Memórias, Visualidades e Poéticas** - primou pelas pesquisas em busca de informações textuais e visualidades imagéticas sobre a cultura popular. Visou reconhecer a produção do artista contemporâneo a partir de obras com influência da cultura popular e a reconfiguração de sua arte por meio das poéticas contemporâneas. Para a terceira atividade - **Criação e Cocriação de Poéticas Contemporâneas** - a pesquisa procurou centrar na definição dos termos “criação e cocriação” e também compreender poéticas contemporâneas no contexto das artes visuais. Propôs a produção de um objeto como prática do fazer artístico no processo de criação e cocriação de poéticas dentro da temática do curso. **Considerais finais** – aborda o desenvolvimento do trabalho relato de experiência e traz uma reflexão sobre a realização do projeto de extensão.

No decorrer da escrita os aportes teóricos foram fundamentais para reforçarem as falas e reflexões que se encontram no texto: (GUIMARÃES, 2008; 2009; 2011), (MEIRA, 2007), (SOARES, 2006) e outros. Enfim, o material do presente trabalho torna disponível ao acesso para os educadores/as e educandos da Instituição de Ensino Superior de Quirinópolis – FAQUI / FAJOP, bem como de outras instituições visando contribuir com os interessados na área pesquisada.

1 EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA E AVA

A Educação a Distância representada pela sigla EAD é uma forma de ensino/aprendizagem mediada por tecnologias as quais permitem que o professor e o aluno estejam em ambientes físicos diferentes, porém em rede, de forma síncrona (em tempo real) ou assíncrona. A educação na modalidade a distância possui o sistema adequado de gerenciamento de cursos por meio das distintas interfaces para os diferentes atores no processo de ensino

aprendizagem, são eles: estudantes, professores, tutores, coordenadores e ou supervisores, bem como o conjunto de ferramentas úteis no processo como um todo. Contudo, um dos aspectos importantes deva ter como base uma proposta pedagógica educativa e as disciplinas do curso de acordo com um público definido.

O curso à distância, se concretiza no Ambiente Virtual de Aprendizagem – AVA por meio de softwares educacionais via internet, os quais oferecem um conjunto de tecnologias de informação e comunicação, que permitem desenvolver as atividades no tempo, espaço e ritmo de cada participante. As ferramentas utilizadas nesse processo de aprendizagem têm como suporte o Moodle. De acordo com a documentação que consta no site oficial do Moodle, a palavra Moodle referia-se originalmente ao acróstico: “*Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment*”, que é especialmente significativo para os programadores e acadêmicos da educação. Entende-se também de um termo que descreve o processo de navegar despreziosamente por algo, enquanto se faz outras coisas ao mesmo tempo.

A Educação a Distância foi regulamentada pelo Decreto-Lei nº 2.494, de 10 de fevereiro de 1998, do Ministério da Educação, regulamentando o Art. 80 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Entre outras disposições, determina que a educação a distância seja oferecida por instituições especificamente credenciadas pela União. Caberá também à União regulamentar requisitos para realização de exames e para registro de diplomas relativos ao curso.

No âmbito da organização da EAD no Brasil, nas instituições públicas de ensino superior, o grande marco ocorre no ano 2005 com o Decreto 5.800 de 8 de junho de 2005 que institui o Sistema – Universidade Aberta do Brasil - UAB, voltado para o desenvolvimento modalidade de EAD, com a finalidade de expandir e interiorizar a oferta de cursos e programas de educação superior no país. Em termos de projeção dentre tantos outros decretos anteriores para a educação superior em EAD, pela primeira vez na história do Brasil que esta modalidade ocupa lugar de destaque em políticas educacionais, tornando-se, inclusive, política de Estado, pelo menos no que diz respeito aos programas e projetos de formação inicial e continuada de professores para a educação básica.

A UAB caracteriza-se pela formação de um consórcio de Instituições Públicas de Ensino Superior - IPES, composto por universidades federais, estaduais e institutos tecnológicos interessados em fazer parte desta experiência. As IPES, para fazerem parte da UAB, precisam participar de edital específico e solicitar credenciamento dos cursos pretendidos, conforme os termos dos Decretos Nº. 5.622/2005 e Nº. 6.303/2007. No sistema da UAB, as regras são semelhantes às de qualquer outra universidade presencial brasileira, estabelecidas por um conjunto de pré-requisitos como, por exemplo, a existência de processos seletivos. Em 2008, a UAB foi incorporada à Coordenação de

Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, o que consolidou e deu respaldo a esta modalidade, devido à importância deste órgão na Educação Superior.

A educação a distância é uma das formas mais importantes de aprender na atualidade, contudo, demanda um conjunto novo de ações relacionadas ao processo de ensino-aprendizagem, tendo em vista a utilização de ferramentas tecnológicas para a realização, os estudos têm como princípio a construção colaborativa e solidária do conhecimento que agregam valores sociais e educativos aos sujeitos envolvidos nesse processo. A perspectiva da Educação a Distância junto ao avanço da tecnologia, permite prognósticos que superam o que é real hoje, pois, já é uma realidade que se impõe perante a sociedade como uma alternativa que atua, justamente, onde o ensino presencial não consegue atender, atua também como um elemento a mais no ensino presencial, o qual é beneficiado pelas interfaces que permitem a pesquisa e a construção coletiva da aprendizagem:

A educação por meio das tecnologias de informação e comunicação potencializa e expande o que a educação presencial já faz, democratiza o acesso ao ensino superior e essa democratização traz diversidade de grupos culturais em seu bojo. Propiciam uma hibridização de formas e produtos de vários substratos, cada vez mais difíceis de serem divididos entre popular, erudito e de massa (GUIMARÃES, 2009, p. 96).

Assim, o ensino a distância, bem como os recursos utilizados para a aprendizagem superam as barreiras que distanciam as diversas formas de construção do conhecimento significativo para os indivíduos e atuam como modificadores de comportamento sociocultural permitido pelo acesso democrático. A Educação a Distância associada às tecnologias de informação após sua regulamentação vem se consolidando nos últimos anos, bem como sua utilização na formação continuada de professores. Dentre as diversas áreas destinadas à educação estão os cursos de Licenciatura em Artes Visuais.

2 FORMAÇÃO DO ARTE EDUCADOR E CULTURA POPULAR

Concernente às reflexões das experiências vivenciadas na EAD/FAV, o curso de Licenciatura em Artes Visuais nesta modalidade é oferecido desde 2006 pela Universidade Federal de Goiás e a Faculdade de Artes Visuais – FAV/UFG distribuídos em diversos municípios que não têm oferta de cursos superiores, os chamados Pólos. Visando maiores potencialidades em formar profissionais na área, segundo (GUIMARÃES; OLÁRIA, 2008, p. 167) “Nosso curso vêm ao encontro das necessidades do contexto contemporâneo de ensino aprendizagem, formando arte educadores com uma visão holística do contexto escolar, cultural

e tecnológico para o ensino e aprendizagem em artes visuais”. A formação de arte educadores, apesar das conquistas consolidadas com a regulamentação do Ensino da Arte no Brasil, ainda apresenta-se descompassada em relação às outras áreas de conhecimento e uma desigualdade de distribuição em todo o território nacional.

O Curso de Licenciatura em Artes Visuais é uma graduação que visa a formação de educadores na área que possam atuar de forma crítica em instituições educacionais formais e não-formais, compreendendo a historicidade existente nas inter-relações entre Arte, Cultura e Educação. Com isso, o curso de artes tem foco nessas dimensões incluindo-se competências e habilidades técnicas para a produção artística e didática nas mais diversas formas de expressões visuais. Denomina-se de arte educador o egresso do curso dessa licenciatura, portanto o/a arte educador/a é o/a profissional que produz e é capaz de mediar didaticamente o conhecimento em Artes Visuais, considerando em sua prática pedagógica o respeito à diversidade dos elementos sociais, culturais, étnicos, de gênero e questões inclusivas imprescindíveis para a perspectiva de uma formação humanizadora e ética. Por ser uma licenciatura, a Arte Educação é definida como uma área específica da docência que constrói competências e se configura na identidade profissional do professor para o ensino de artes:

A arte educação tem muitos valores em comum com o mundo da arte; os professores de arte reproduzem as mesmas concepções de realidade que são encontradas também no mundo da arte. Neste século, a arte-educação esteve baseada em crenças modernistas sobre a natureza da arte, o papel da arte na sociedade, o caráter da criatividade artística, e observações pertinentes à originalidade artística (WILSON, 1990, *apud* RICHTER, 2008, p. 41).

A materialização do ensino da arte se concretiza na formação do professor de arte. O/a arte educador/a possui condições adequadas para o ensino aprendizagem na escola, bem como a inserção da arte na sociedade no modo de apreciar e fazer arte. Em qualquer âmbito, seja educacional e ou social a compreensão da arte é de grande importância para garantir o direito de participação na vida cultural da comunidade e do usufruto dos objetos de arte e cultura. Os profissionais com formação específica e qualificada são capazes de criar ações pedagógicas para além do espaço da sala de aula, são capazes de moverem exercícios, não meramente de técnicas artísticas, mas sim, exercícios criadores de novos saberes artísticos e culturais.

No decorrer das reflexões centrais desse texto, não há a pretensão de abarcar o conhecimento básico dos conceitos classificatórios de cultura, mas, a absorção de quando se trata de arte sempre existe a ligação com a cultura e suas manifestações. Portanto, o que se pretende, é compreender a relação do trabalho

do/a arte educador/a para com a cultura popular. Sob esse aspecto (GUIMARÃES, 2011, p. 21/22) orienta que:

O trabalho com a cultura popular no ensino de arte permite refletir, vivenciar e trabalhar processos de conscientização sobre:

- a) questões multiculturais de raça, gênero, classe,
- b) lidar com os desafios da cultura visual,
- c) estética do cotidiano,
- d) as questões de comunidade,
- e) aspectos cognitivos de ensino aprendizagem da arte na produção visual popular. Esses aspectos são muitas vezes camuflados como espontâneos”, “ingênuos” etc,
- f) Contra-narrativas e metáforas.

Além desses itens acima elencados, a discussão da cultura do popular nos permite considerar reconhecimentos e reconstruções identitárias.

No contexto da cultura popular, os reconhecimentos e reconstruções identitárias se fazem por meio das políticas públicas orientadas para os patrimônios imateriais que enfatizam o reconhecimento cultural como uma alternativa decisiva de construção resgate de cidadania. As características que prevalecem no universo da cultura popular são os processos de transmissão e saberes efetivados pela vivência em comunidade como a memória, a oralidade, a ancestralidade e a ritualidade, de tal forma que possam ser enfatizados de maneira a garantir os processos de aprendizagem social dos indivíduos, os quais se realizam com base na cultura e nas tradições do grupo social. Desse modo, dentre as mais variadas manifestações da cultura popular as expressões da folia de reis considera-se patrimônio cultural imaterial por sintetizar no modo de ser, agir e pensar que dão a reconhecer uma determinada comunidade.

3 CURSO DE EXTENSÃO: FOLIA DE REIS - IDENTIDADES VISUAIS E POÉTICAS CONTEMPORÂNEAS

No sentido de enfatizar a relevância dada ao curso de extensão, há de se destacar, primeiramente, uma conceituação decorrente, porém, sintética sobre o título da temática proposta. Para conceituar o que é um curso de extensão buscou-se na *Web* uma definição. No portal ProEX, segundo esse canal de informação educacional, Curso de Extensão é uma ação pedagógica, de caráter teórico e/ou prático, presencial ou a distância, planejada e organizada de modo sistemático, com carga horária mínima de 8 (oito) horas e máxima de 359 (trezentos e cinquenta e nove) horas e critérios de avaliação definidos. Alicerça-se nos seguintes itens:

Iniciação - objetiva oferecer noções básicas introdutórias em uma área específica do conhecimento;

Atualização - objetiva atualizar e ampliar conhecimento, habilidades ou técnicas em uma área do conhecimento;

Treinamento e qualificação profissional - objetiva treinar e capacitar em atividades profissionais específicas.

O curso de extensão em questão foi executado na modalidade à distância no espaço Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) com duração de 40 horas pelo período de um mês entre as datas de 10/01 a 10/02/2013 constituído em três etapas denominadas de atividades. Contou com 30 participantes cursistas na área das artes visuais e como instrutora a professora Márcia Inês Silva⁴⁵, contou também com a presença da convidada professora Vanessa Pavan⁴⁶. Perante o exposto nota-se que o curso de extensão contempla de maneira sistemática e têm definidos de forma clara os objetivos, a saber:

- discutir sobre o fazer artístico numa cultura de caráter popular, partindo das identidades e de uma coletividade revitalizada nas crenças;

- observar as imagens e visualidades produzidas nas folias de reis;

- refletir sobre a identidade cultural do professor de artes visuais e suas interlocuções identitárias;

- promover a discussão sobre a arte e cultura popular na formação da identidade do sujeito;

- pensar a interculturalidade mediante o ensino da diversidade e do valor não hierárquico das diferenças e reconhecimento das semelhanças entre as culturas.

Para compreender melhor sobre a escolha da particularidade de manifestação e expressão denotadas pelo título “Folia de Reis”, (SOARES, 2006) perfila-se assim:

⁴⁵ Graduada em Pedagogia pela Univ. Católica de Goiás, Especialista em Políticas Públicas pela Univ. Federal de Goiás, Especialista em Arte/Educação e Tecnologias Contemporâneas pela UNB. Professora da Rede Municipal de Ensino de Goiânia e no Centro Universitário de Goiás Uni-Anhanguera.

⁴⁶ Licenciatura em Desenho e Plástica (Universidade Federal de Goiás_ Instituto de Artes, Goiânia), MBA em Produção de Moda (Instituto Zuzu Angel_ Universidade Veiga de Almeida_UVA, Rio de Janeiro) e Mestrado em Moda, Cultura e Arte _ Centro Universitário SENAC, São Paulo.

[...], um grupo de Folia de Santos Reis se caracteriza como instância sociocultural que produz, preserva, ordena, significa e socializa determinados saberes teórico-práticos, imbricados nos campos da religião, da arte e da educação. Entende-se que a Folia de Santos Reis tem a ver com necessidades sociais, históricas, religiosas, artísticas e educacionais de determinados grupos localizados em um dado tempo e lugar.

A folia de reis, portanto, é um produto de uma determinada cultura em que os sujeitos relacionam-se com os modos de vida entre si e de sua comunidade em um processo de socialização integrada pelos seus modos de ser e viver, bem como pelas formas dos saberes e fazeres.

Por identidades visuais entende-se um conjunto de elementos formais que representa visualmente e de forma sistematizada, um nome, uma ideia, um produto. Com base nessa definição a folia de reis reforça a afirmação da citação descrita anteriormente de que é um produto da cultura popular de manifestação religiosa, artística e educativa.

No âmbito da cultura popular encontram-se elementos que são produzidos coletivamente no cotidiano de um povo e transmitidos oralmente de geração para geração, muitas vezes, sem que se saibam quem é o seu autor ou a origem. Elementos como o artesanato, a música sertaneja, as festas, os costumes, as crenças, fazem parte da cultura popular e formam um complexo sócio-histórico-cultural que retrata a expressão de um povo.

Dando continuidade à conceituação do título do curso de extensão coube interagir com as reflexões disponibilizadas no portal da sala do AVA e, por poéticas a professora Márcia Inês apresentou a seguinte referência:

Por poéticas entende-se o repertório instrumental que permite que um indivíduo, uma coletividade, um campo disciplinar ou uma tradição estabeleça, de forma intuitiva, intencional ou inconsciente, as estratégias ou plataformas discursivas que tornam possíveis atos expressivos de caráter artístico. Uma obra é muito mais do que imaginamos. E a ideia que o artista busca transmitir chama-se poética. Ela representa a interpretação filosófica do que é arte e envolve o fazer artístico. Ela é o conceito da obra, o discurso não verbal, o texto visual que traduz uma obra de arte, ou seja, representam as ideias, as intenções do artista. Existem muitas formas de expressão do artista, algumas delas são: Desenho, Pintura, Gravura, Escultura, Fotografia, Vídeo, Cartografias, Performances, Instalação, Tecelagem, Bordado, etc.

Porquanto, compreende-se por Poéticas Contemporâneas a produção e o

fazer artístico na reconfiguração de valores, os quais a conotação se apresenta pela função da estética. A aparência das coisas que se estruturam como uma linguagem capaz de representar significados subjetivos dando forma às emoções, bem como significados culturais que permitem identificar valores coletivos do passado e do presente. Concomitante, desenvolvem também a capacidade de crítica em analisar o conteúdo ideológico dessas informações estéticas presentes no universo cultural. Desta feita, são as múltiplas interpretações que são atribuídas para o mesmo signo pelo modo distinto de ver e sentir de cada indivíduo cabendo a ele discernir as diferenças e emitir julgamentos críticos e de valores, sobretudo, culturais:

Atualizar a compreensão estética da arte está no plano de suas virtualidades e dos procedimentos que a constituem. A criação de uma obra vê-se hoje confrontada com estratégias tecnológicas visuais de grande impacto sobre o ambiente vital da cultura. Trabalhar com imagens e processos de criação é simultaneamente aprendizagem construída e vivências de intersubjetivação presentes nas experiências de conceber, processar e articular formas, gestos, forças e dramática poético-estética. As afecções são concebidas nas fontes de trabalho e na intermediação artificial criadas sob várias intenções de propagação e contaminação social (MEIRA, 2007, p. 33).

Parafraseando a citação, percebe-se que a estética possui estreita relação com a poética, ambas coexistem no processo de criação e produção, as percepções, sensações interferem diretamente no “fazer”, este por sua vez, exige do criador um grande comprometimento, ao mesmo tempo uma grande liberdade. Por meio do fazer artístico o produtor conecta-se à reflexão e cognição que o conduz a uma experiência, a qual pode ser concebida como uma experiência estética de qualidade.

3.1 Flores, Fitas e Versos: A Poética Popular

A primeira etapa das atividades transcorrida no período de 10/01 a 21/01/2013 surgiu a partir da temática do subtítulo *Folias de Reis – Identidades e Visualidades*, a proposta para discussão teve origem a respeito do que foi lido e visto, alicerçada no material didático e recursos audiovisuais disponibilizados no portal da sala do AVA. Na ocasião foram introduzidas leituras e conceitos para que cada participante pudesse defender sua opinião sobre o assunto em pauta.

Com base nas interlocuções, os cursistas apresentaram seus conhecimentos, suas experiências vivenciadas e formaram seus conceitos. Os processos de mediação e interação foram fundamentais no desenvolvimento das discussões. Também foi possível observar a amplitude de conceitos em torno do

termo “cultura”, no entanto, para que os rumos se definissem somente sobre a cultura popular, a professora Márcia Inês apresentou o seguinte:

O que define a cultura popular, no sentido que apreciamos aqui, é a consciência de que a cultura tanto pode ser instrumento de conservação como de transformação social. E é essa visão desmistificada dos valores culturais que, naturalmente, leva o intelectual agir, em primeira etapa, sobre seus próprios instrumentos de expressão para, através deles, contribuir na transformação geral da sociedade. [...] Para a jovem intelectualidade brasileira o homem de cultura está também mergulhado nos problemas políticos e sociais, sofre ou lucra em função deles, contribui ou não para a conservação do status quo, assume ou não para a responsabilidade social que lhe cabe. Ninguém está fora da briga (FERREIRA GULLAR, 1965).

Por sua vez, a cultura tem suas raízes fincadas no mesmo solo dos problemas políticos e sociais do país. A cultura é construída no espaço da coletividade e também nele é transmitida, a educação é o alimento de resolução para diversas carências no contexto sociocultural, a escola deve ser compreendida como um espaço que prioriza e garante a formação do cidadão crítico, criativo e reflexivo e, que tenha a compreensão de sua identidade cultural e seu papel social. Mediante a esta realidade se encaixa também o professor, em seu papel disseminador do conhecimento e facilitador do processo de ensino e aprendizagem, o qual define um dos importantes papéis sociais assumidos pela escola, o de oferecer ao educando a possibilidade de contato com as diversas manifestações artísticas e culturais.

Ainda na atividade denominada Flores, Fitas e Versos: A Poética Popular, as interações abrangeram o campo da pesquisa, em que, os participantes destacaram os modos distintos de manifestação e expressão de cada grupo de foliões conforme a região de origem, bem como levantamento de dados históricos da Folia de Reis, os quais remontam o imaginário dos antepassados. Nas falas descritas, ressaltaram a importância de cada personagem do grupo, seus hábitos, gestos, indumentárias, os instrumentos, objetos de louvor, a música, a dança, as letras das poéticas dos cânticos e orações, enfim todos os costumes que envolvem o giro de uma folia de reis, entre eles, o roteiro das visitas nas casas e suas honrarias, no período da passagem, a farta comida no encerramento e a louvação diante do altar, o ponto culminante da festa da Folia Reis.

A Folia de Reis por ser uma manifestação da cultura popular que se caracteriza, entre outros, o caráter religioso, um fator importante foram as notificações sobre o papel da escola com relação à postura de pais de alunos que se declararam opostos às atividades artísticas relacionadas. Percebe-se ainda, a

discriminação quando a informação sobre essa manifestação cultural não se apresenta clara e objetiva, bem como a função da arte na educação ou, simplesmente, por dar um sentido pejorativo em relação ao sagrado e profano na identidade cultural de determinados comportamentos dos foliões.

As pesquisas abarcaram também as visualidades que enriqueceram a Galeria de Imagens, as cores e formas são componentes visuais indispensáveis na figuração das fotografias dos eventos da prática foliona. Evidentemente, a fotografia, dentre outras funções, configura-se como registro visual que representa a realidade social e fornece informações objetivas dessa mesma realidade, por meio da imagem. Nessa perspectiva, as representações imagéticas apresentadas na galeria foram registros de ocorrências de festejos e apresentações artísticas da Folia de Reis, as quais desencadeiam percepções de memória e história, permitem reflexões e ampliam possibilidades de pesquisas no contexto educacional.

3.2 Folia de Reis: Fitas e Chitas - Memórias, Visualidades e Poéticas

Na segunda etapa transcorrida no período de 22/01 a 30/01/2013, as atividades objetivaram localizar artistas que produzem arte, a partir da cultura popular, seus sentimentos, suas intenções e poéticas; discutir *Arte e cultura popular e as possibilidades da Arte Contemporânea; Conceituar Poéticas*. As interações nas discussões, de certa forma, se dispersaram nas ideias, muitos dos cursistas mostraram dificuldades de discernimento quanto às questões da estética na arte contemporânea. A mediação foi eficiente, no sentido de orientar as oscilações de conceitos, para tanto, apresentou textos e direcionou nas possíveis concepções posteriores. “Conceituar Arte não é tarefa fácil. No entanto, aquele que a realiza ou a estuda sempre tem dela uma concepção, mesmo que inconsciente” (BOURO, 2003, p. 25).

É pertinente, reconhecer que nas últimas décadas tem sido crescente a inquietação quanto às questões contemporâneas na arte e suas possibilidades nas práticas cotidianas e na educação, contudo, a arte educação contemporânea considera os aspectos cognitivos despertando para uma reflexão, crítica e compreensão histórica, social e cultural da arte na sociedade. “A compreensão da arte oportuniza redimensionar o trabalho cognitivo e reflexivo ao possibilitar a criação de conceitos visuais e gestuais com base na relação e na manutenção da “intransitividade” e transitividade do processo de aprendizagem” (MEIRA, 2007, p. 34).

O debate permitiu que os cursistas adentrassem nas pesquisas em busca de informações textuais e visualidades imagéticas sobre a cultura popular, bem como reconhecer a produção do artista contemporâneo por meio das seguintes questões norteadoras:

- Será que, quem faz arte popular não faz arte contemporânea?
- As experiências com arte e cultura popular interferem na poética do artista?
- Comentem sobre os processos criativos das obras de artistas que produzem a partir da influência de arte e cultura popular.

Há de se considerar que houve algumas concepções que desviaram dos objetivos das questões, por um lado, as incertezas mediante a compreensão do popular/contemporâneo e o entendimento da cultura popular na poética do artista na atualidade. “A arte contemporânea trabalha com problemáticas e concepções visuais que aliam o velho e o novo, o arcaico e o hipertextual, o geral sendo questionado pelo singular” (Idem, p. 112). Por outro lado, poucos foram os comentários sobre os processos criativos com influência da cultura popular no contemporâneo. Diante desse quadro, é perceptível que ainda há um vasto campo a ser explorado e apreendido do que é contemporâneo e suas implicações na arte.

As visualizações das distintas imagens que compuseram a galeria foram um misto de objetos artísticos produzidos nas vertentes contemporâneas e obras de artes produzidas nos modos tradicionais da pintura. As incertezas que constituem sobre o universo da arte contemporânea permearam a diversificação imagética apresentada em meio à identificação do sincretismo. “O sincretismo dentro da nova concepção de conhecimento interconectável é justamente uma resposta à relação entre tempo e espaço, assim como a produção de símbolos em imagens” (Ibidem, p. 47).

3.3 Criação e Cocriação de Poéticas Contemporâneas

A última etapa das atividades estabelecida para o período de 31/01 a 10/02/2013 teve como objetivos: *Desenvolver uma poética contemporânea; Refletir sobre os processos criativos*, do mesmo modo tendo a temática folia de reis como inspiração para o desenvolvimento do fazer artístico. Para tanto, as interações nas discussões discorreram sobre o processo criativo e, para a possibilidade de cocriação seguiu-se os termos definidos pela professora Márcia Inês: “Cocriar construir juntos - Nenhuma ideia nasce do nada. Nenhuma pessoa concebe uma ideia a partir do zero. Uma ideia é sempre um clone de outras ideias (um clone sempre diferente porque sujeito a um processo criativo). As ideias são frutos da interação.” Todavia, unir ideias, sugerir poéticas e, estabelecer a troca de ideias entre os participantes para produção de um objeto, ou seja, criar uma poética foi também a orientação para o desenvolvimento da atividade proposta.

Por meio das pesquisas os cursistas apresentaram diversos conceitos, e definições para os termos “criação”, “cocriação”, “ato criador”, “criatividade”, de tal forma que todas as contribuições nos debates, bem como a mediação tornaram subsídios importantes para a compreensão do objetivo destes termos

na realização da proposta. Embora, entre tantas definições para o sentido do ato criador em todas as esferas do conhecimento, coube buscar uma que pudesse abarcar um sentido mais amplo, assim vista pela seguinte concepção:

Ao contrário do que se pensa, a criação envolve aprendizagem. Apesar de todos nascerem artistas, ninguém se forma artista sem luta e sem trabalho com a criação, as informações, deformações e formações que os atos de criação propõem ao criador concretamente. Transformar é desafio de lidar com mudanças das formas sem perda da estrutura viva que a sustenta. A arte tem a pretensão de capturar a vida onde ela se esconde ou se camufla para o olhar, mesmo nas coisas banais e simples. As propostas de pedagogia estética e artística, ao levar em consideração uma filosofia da criação, demandam relacionar arte e vida, onde o conhecer, o fazer, o expressar, o comunicar e o interagir instauram práticas inventivas a partir das vivências de cada um (MEIRA, 2007, p. 122).

É no fazer artístico que se tem a possibilidade de estabelecer novos critérios de representação e reconfigurações estéticas, bem como dar novos significados à produção. O fazer artístico permite a experimentação, a vivência e o aprendizado empírico, é uma ação que amplia o universo cultural e artístico e, estabelece relações entre realidade e produções visuais. Por sua vez, a realidade acontece em tempo real e a arte ocupa-se das alterações e mutações, concebe-se poeticamente como referência para processos criadores da natureza e da cultura. “A contemporaneidade nos confronta com a exigência de transvalorar relações, tempos, revisar, transvisar. O processo de criação envolve contextos e condições de trabalho, ação dentro de uma comunidade afetiva.” (Idem, p. 33).

As produções artísticas realizadas pelos cursistas ilustraram o espaço da “Galeria de Imagens”, as visualidades dos fazeres se diversificaram nas técnicas de execução desde as tradicionais às mais contemporâneas. Para as produções foram sugeridas a linguagem visual como a pintura, xilogravura, gravura, instalação, grafite, performance, filme, fotografia, escultura, desenho, arte digital, colagem, cartografia, *read-made* e assemblagem, dessa forma, permitiu um campo vasto de opções para a preferência de cada um.

Observou-se nas produções publicadas na galeria um descompasso do que foi solicitado como atividade e também uma queda na participação do cursista o que denota a grande dificuldade do professor licenciado em outras áreas do conhecimento e que atuam em sala de aula sem ter habilidade específica de artes visuais. No programa Pró-Licenciatura o curso de Licenciatura em Artes Visuais é fechado para professores que estão nessa situação. No programa PARFOR, Plano Nacional de Formação é destinado aos professores em exercício nas escolas públicas estaduais e municipais, sem a formação adequada. A prioridade

de oferta para esta classe docente considerou professores já formados em áreas diferentes e por isso necessitam de uma metodologia e didática específica para aprendizagem em artes, bem como abordagem de temas relativos à realidade da escola que possibilitem a discussão de seus problemas e perspectivas de ações pedagógicas relacionadas à sua própria experiência de professor cursista.

Contudo, por um lado, ainda prevaleceu um diferencial daqueles que passaram a gostar do curso, mesmo esbarrando nas dificuldades, ora por não ter habilidade, não entender o que é uma poética, ora pelas dificuldades de compreender o que é arte, pois, permanece ainda aquela noção somente da perfeição realística, ao se depararem em pensar arte contemporânea, às vezes analisam que arte se resume em qualquer produção artesanal sem valor estético/poético. Por outro lado, alguns cursistas apresentaram trabalhos produzidos anteriormente nas disciplinas de ateliê do curso de Artes Visuais, os quais se tornaram incabíveis para aquilo que fora solicitado na atividade com abordagem na cultura popular e especificamente na folia de reis. Com essa iniciativa por parte dos cursistas percebeu-se dificuldades, ora por falta de tempo aliada à falta de esforço, que por vezes, deixaram transparecer interesse apenas pela necessidade de horas complementares propiciadas pelo curso de extensão.

Por essas razões a mediação teve que ser acirrada, com motivação, instigação, exemplificação e provocação de situações e discussões para os cursistas perceberem o caminho na busca de subsídios pautados na criação e cocriação para as produções artísticas solicitadas para a última etapa do curso, por conseguinte prolongou-se o período pré-determinado para o encerramento das atividades.

CONCLUSÃO

A breve abordagem sobre a Educação a Distância (EAD) e Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e também, a Formação do Arte Educador e Cultura Popular objetivaram sinteticamente transportar ao leitor a situação espacial e conceitual de onde, o quê e como acontecem as práticas teórico/pedagógicas para a realização de um curso de extensão para a formação continuada do professor na modalidade do ensino/aprendizagem a distância.

Em face dessa realização o presente artigo procurou abordar reflexões acerca do desenvolvimento do Curso de Extensão: Folia de Reis - Identidades Visuais e Poéticas Contemporâneas e de como os cursistas abraçaram a oportunidade proporcionada pelo curso de Artes Visuais. Os principais objetivos foram averiguar as concepções e percepções estético/poéticas presentes na manifestação da cultura popular em torno da folia de reis. Para as atividades partiu-se da premissa de buscar, por meio de relatos descritos e imagéticos, as raízes da festa, o porquê, como, quando e de que forma acontece, no sentido de

compreender e identificar os elementos constantes nesta festa de caráter popular como fator preponderante na compreensão da sociedade e transformação cultural.

No decorrer do curso foi possível analisar as dificuldades encontradas pelos participantes na formação de conceitos e distinção do popular como manifestação cultural de origem na expressão artística contemporânea. As participações e interações não foram unânimes percebidas pela pouca frequência e de alguns inscritos que não acompanharam o percurso e cronograma estabelecidos. Contudo, os objetivos propostos foram atingidos, pois os conteúdos abordados foram relevantes pela grande necessidade de refletir sobre a cultura popular e debater sobre a sua importância na sociedade, bem como na prática educativa desenvolvida na escola. As abordagens da teoria e prática foram preponderantes no sentido de contribuir para uma melhor compreensão das artes visuais no campo das visualidades da cultura popular e preparar o professor para o exercício das suas práticas pedagógicas de modo interdisciplinar para que o ensino e aprendizagem de seus alunos sejam consistentes.

A sala de aula para o curso foi minuciosamente organizada, o portal do AVA possuiu um visual convidativo, colorido e poético, os textos motivadores e bem esclarecidos, as imagens instigantes e instrutivas. A atuação da mediadora foi perseverante e esclarecedora no momento em que os participantes apresentaram dificuldades de entendimento sobre as poéticas contemporâneas na arte oriunda da cultura popular. Enfim, o curso partiu de um projeto bem planejado, visando necessidade do público participante e objetivando capacitar professores para o uso da linguagem artística nas suas práticas escolares, conduziu uma reflexão sobre os valores culturais e sua forma de produção estética contidas na manifestação da cultura popular especificamente a Folia de Reis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRUDA, Durcelina Ereni Pimenta; ARRUDA, Eucídio Pimenta; BARAÚNA, Silvana Malusá. **Políticas Públicas Em Educação A Distância: Aspectos Históricos E Perspectivas No Brasil** - Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Federal de Uberlândia- Faculdade de Educação (FACED). Revista Eletrônica *PESQUISEDUCA*. Santos, v. 04, n. 08, pp. 279-295, jul./dez. 2012.

BOURO, Anamelia Bueno. **O olhar em construção: Uma experiência de ensino e aprendizagem da arte na escola**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GUIMARÃES, Leda; OLÁRIA, Vânia. **História do Ensino das Artes Visuais no Brasil**. Unidade 3 – Situação Contemporânea. Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Artes Visuais. Licenciatura em Artes Visuais: módulo 2 (parte 2) e módulo 3. Goiânia 2008.

GUIMARÃES, Leda. **Desafios na formação de arte educadores na modalidade a distância na Faculdade de Artes Visuais – FAV-UFG. O ensino de artes visuais: desafios e possibilidades contemporâneas**. Henrique Lima Assis (org.); Edvânia Braz Teixeira Rodrigues (org.) Goiânia, 2009, 126p.

GUIMARÃES, Leda Maria de Barros. **Arteduca – Módulo 8 – Arte e Cultura Popular: variações em torno da construção de conceitos e valores**. Brasília. Arteduca/IdA/UnB, 2011.

MEIRA, Marly Ribeiro. **Filosofia da criação: reflexos sobre o sentido do sensível**. Porto Alegre: Mediação, 2007.

RICHTER, Ivone Mendes. **Interculturalidade e estética do cotidiano no ensino das artes visuais**. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2003.

SOARES, Marcos Antônio. **Tecendo e ressignificando certas continuidades e rupturas na educação estética de devotos - artistas de santos reis**. Trabalho vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Educação da FE/UFG - Comunicação, Cultura e processos educacionais, 2006.

DOCUMENTOS

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA RECIFAQUI

A Revista RECIFAQUI é um periódico científico anual, nesse intuito objetiva ser um espaço editorial de rigorosa discussão científica, estando aberta à participação de pesquisadores da FAQUI a partir de edições temáticas dentro de linhas de pesquisa das áreas do conhecimento estabelecidas pela CAPES – Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. São as áreas de conhecimento da RECIFAQUI Ciências Biológicas, Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde e Ciências Humanas.

Artigos Científicos

Os artigos científicos deverão ser fruto de pesquisa acadêmica da FAQUI e conter Resumo, Abstract, palavras-chave, Keywords, Introdução, Discussão, Conclusão (ões), Referências Bibliográficas. O texto deverá ser apresentado com o mínimo de 10, e o máximo de 20 laudas. A publicação de trabalhos mais extensos fica condicionada à autorização do Conselho Editorial.

Resenhas

As resenhas deverão ser de livros publicados nos últimos 5 anos, e conter no máximo 3 (três) laudas.

Apresentação dos Originais

O texto será digitado com o uso do editor de textos Microsoft Word for Windows, versão 6.0 ou superior, formato A4 (21,0 x 29,7 cm), com espaço simples em uma só face do papel, com margens laterais de 3,0 cm e margens superior e inferior de 2,0cm, fonte Cambriade 14 cpi para o título, 12 cpi para o texto e 10 cpi para citações destacadas do texto, notas rodapé e informações de tabelas e figuras.

Título

Título em duas línguas (em Português em caixa alto e negrito abaixo centralizado língua estrangeira, itálico corpo 10); NOME DO AUTOR POR EXTENSO, o nome, não iniciar com o sobrenome; RESUMO (entre 250 e 350 palavras) e Palavras-Chave (até 5 palavras), escritos no idioma do artigo; ABSTRACT e Keywords (versão para o inglês do Resumo e das Palavras-chave); TEXTO; NOTAS; REFERÊNCIAS (apenas trabalhos citados no texto). Resumos, palavras-chave, em português e em língua estrangeira, devem ser digitados em Cambria, corpo 10. Em **nota de pé da primeira página**, especificar os dados do autor (es), indicando a atividade que exerce, a instituição que trabalha, titulação acadêmica e e-mail.

Resumo e Abstract

O Resumo e a sua tradução para o inglês, o Abstract, devem estar entre 250 e 350 palavras, com informações que permitam uma adequada caracterização do artigo como todo. No caso de artigos científicos, o Resumo deve informar o objetivo, a metodologia aplicada, os resultados principais e conclusões.

Palavras-chave e Keywords

No máximo 5 palavras serão representadas em seguida ao Resumo e Abstract. As palavras serão escolhidas do texto e não necessariamente do título.

Citações

As citações bibliográficas do texto devem ser pelo sobrenome do(s) autor(es) seguido do ano e da paginação referente. Quando houver dois autores, somente o sobrenome do primeiro será citado, seguido da expressão “et al.”: Soares (2004, p. 123), (SOARES, 2004, p. 456), Soares

e Feijó (2000, p. 765), (SOARES; FEIJÓ, 2000, 321), Feijó et al. (2004, p. 65), (FEIJÓ et al., 2000, p. 8).

As citações diretas, com mais de três linhas, deverão ser destacadas com recuo de 4cm da margem esquerda, em cpi 10, espaço simples, e sem aspas (ABNT: NBR 10520).

Referências

A lista de referencias bibliográfica será apresentada em ordem alfabética por sobrenome de autores, de acordo com a norma ABNT/NBR-6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas. Inicia-se a referencia com ultimo sobrenome do(s) autor (es) seguido do(s) prenome(s), exceto aqueles de origem espanhola ou de dupla entrada, registrando-se os dois últimos sobrenomes. Todos os autores devem ser citados. Escrito apenas Referências não colocar Bibliográficas.

Obras anônimas têm sua entrada pelo titulo do artigo ou pela entidade responsável por sua publicação. A referencia deve ser alinhada pela esquerda e a segunda linha iniciada abaixo do primeiro caractere da primeira linha.

Abaixo são apresentados alguns exemplos de Referências Bibliográficas.

•Artigos de periódicos:

FABIAN, E. P. **A relação entre método e política em Hegel a partir de A Sociedade Aberta e seus Inimigos de Karl Popper**. In: Revista de Ciências Humanas, Frederico Westphalen, v. 7, n. 8, Jun. 2006, p. 157-174.

•Livros

ARISTÓTELES. *Metafísica*. Tradução de Leonel Vallandro. Porto Alegre: Editora Globo, 1969.

•Capítulos de livro

NICOLAU, M. F. A. O movimento dialético na introdução ao sistema da ciência – O prefácio a Fenomenologia do Espírito. In: CHAGAS, E. F.; UTZ, K.; OLIVEIRA, J. W. J. (Org.). Comemoração aos 200 anos da “Fenomenologia do Espírito” de Hegel. Fortaleza: Edições UFC, 2007, 127-144.

• Teses (doutorado) ou dissertações (mestrado)

BAFFA, Manoella. A Forma da Metafísica: sobre a história na obra tardia de Heidegger. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, PUC, Departamento de Filosofia, 2005.

• Artigos apresentados em congressos, reuniões e seminários

SANTOS, Fernando Santiago dos. Os jesuítas, as ervas medicinais e os índios brasileiros: estudo preliminar da Triaga Brasília (séc. XVIII). II Encontro de Filosofia e História da Biologia. Anais. São Paulo, Ed. Mackenzie, 2004, p. 19.

Tabelas e Ilustrações

As tabelas e ilustrações (gráficos, fotografias, desenhos) devem ser apresentadas dentro do texto do artigo.

Revisões

Os artigos terão as seguintes revisões antes da publicação: 1) Revisão técnica por consultor ad hoc; 2) revisão de língua portuguesa e inglesa por revisores profissionais; 3) Revisão Final pelo Comitê Editorial; 4) Revisão Final pelo(s) autor(es) do texto antes da publicação.

Obs: Todos os textos serão submetidos a parecer do Conselho Científico, sob forma de duplo anonimato. O Conselho poderá sugerir, aos autores dos textos selecionados, modificações e estrutura ou conteúdo.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1.A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".

2.O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.

3.URLs para as referências foram informadas quando possível.

4.O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.

5.O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.

6.Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.

Direito Autoral

Os trabalhos publicados são de propriedade de seus autores que poderão dispor deles para posteriores publicações, sempre fazendo constar a edição original (título original, recifaqui, volume, número e páginas).

A RECIFAQUI reserva-se o direito autoral do trabalho publicado inclusive o de tradução.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

O material para publicação poderá ser encaminhado por e-mail desde que seja entregue também duas vias impressas e uma em CD ou pendrive, no programa Word for *Windows*.

Envio de Originais

Os originais deverão entregues ou enviados exclusivamente por correio para

CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DO SUDOESTE GOIANO LTDA

Coordenação de Extensão (publicações) - RECIFAQUI

Av. Quirino Cândido de Moraes, 38 – D – Centro

75860-000 Quirinópolis, GO

Contatos

Página da internet: <http://faqui.edu.br/recifaqui/>

Telefone: (64) 3651 1422

As exceções e casos omissões serão resolvidos pelo Conselho Editorial

REVISTA CIENTÍFICA DA FACULDADE QUIRINOPOLIS

PERMUTA/CAMBIO/SCAMBIO

/D'ECHANGE/EXCHANGE/AUSTAUSCH/交換/تبادل

Recebemos e Agradecemos – Recibimos y Agradecemos - Riceviamo e apprezzare -Nous recevons etapprécions – We received and appreciate - Wir erhalten undzu schätzen wissen -我々は、受信と感謝- نحننقدروتلقي

Enviamos para intercâmbio – Enviados para el intercambio – Inviamo per lo scambio- envoyés àl'échange - dispatched toexchange - entsandt, umden Austausch -交換に派遣 - نرسللتبادل

Desejamos Receber – Deseamos Recibir – Desidera Ricevere -Souhaite Recevoir - Wish To Receive - Erhalten Möchten -受信を希望 - نرغبفياالحصولعلى

Para Receber, Basta Preencher o Formulário Abaixo
Recibir, sólo tienes que rellenarel siguiente formulario
Per ricevere, basta compilare il modulo sottostante
Pour recevoir, remplissez simplement le formulaire ci-dessous

Toreceive, simply complete the form below
So empfangen, füllen Sie einfach das unten stehende Formular

受信するには、単に以下のフォームに記入して

لتلقيواستكمالبيسطةالنموذجالتالي

FICHA DE ASSINATURA

NOME	NOMBRE	NOME	NOM	NAME	NAME	の名前	اسم
ENDEREÇO	DIRECCIÓN	INDIRIZZO	ADRESSE	ADDRESS	ANSCHRIFT	郵送先住 所	العنوان
CIDADE	CIUDAD	CITTA'	VILLE	CITY	STADT	町	مدينة
PAÍS	PAÍS	PAESE	PAYS	COUNTRY	ELTERN	両親	الأباء
INSTITUIÇÃ O	INSTITUCIÓ N	INSITUZION E	INSTITUTIO N	INSTITUTIO N	INSTITUTIO N	教育機関	المؤسس ة

**ENDEREÇO PARA PEDIDO /DIRECCIÓNDE PEDIDO / INDIRIZZODI
ORDINAZIONE/INDIRIZZODI ORDINAZIONE/ ORDERINGADDRESS/
BESTELLADRESSE/アドレスの順序/ شروط الطلب**

CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DO SUDOESTE GOIANO LTDA

Av. Quirino Cândido de Moraes, 38 – D – Centro – 75860-000 Quirinópolis-GO

Tel. (64) 3651-4680 Fax.: (64) 3651-2214

www.faculdadequirinopolis.com.br

Número Avulso: Brasil: R\$ 20Exterior: US 8
Ordem de Pagamento em Favor da Faculdade Quirinópolis
BANCO SICOOB S/A – Conta Corrente: 10.174-5 Agência: 3042Quirinópolis, GO BRAZL