

CuidArte

Enfermagem

ISSN 1982-1166

Catanduva, SP Cuid Enferm. Volume 13 Número 1, p. 01-83 - jan./jun. 2019 Semestral

EDITOR

Centro Universitário Padre Albino

CONSELHO EDITORIAL

Editora-Chefe

Virtude Maria Soler

Centro Universitário Padre Albino - Catanduva-SP.

Editores

Alessandra Mazzo

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.

Antonio Carlos de Araujo

Centro Universitário Padre Albino Catanduva - SP.

Ilza dos Passos Zborowski

Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – Funfarme.

Luciana Bernardo Miotto

Centro Universitário – UniMetrocamp-Wyden, Campinas - SP.

Maria Regina Lourenço Jabur

Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – Funfarme.

Analista Técnico

Marisa Centurion Stuchi

Centro Universitário Padre Albino – Catanduva-SP.



FUNDAÇÃO PADRE ALBINO

Conselho de Administração

Presidente: Antonio Hércules

Diretoria Administrativa

Presidente: José Carlos Rodrigues Amarante

CENTRO UNIVERSITÁRIO PADRE ALBINO

Reitor: Nelson Jimenes

Pró-Reitor Acadêmico: Antonio Carlos de Araujo

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora de Graduação: Maria Cláudia Parro

A **CuidArte Enfermagem** é uma publicação com periodicidade semestral, editada pelo Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Padre Albino.

Indexada: Base de Dados de Enfermagem - BDENF - BIREME



FUNDAÇÃO
PADRE ALBINO

Rua dos Estudantes, 225
Parque Iracema
Catanduva-SP - Brasil
CEP. 15809-144
Fone: (17) 3311-3331

E-mail: revistaenfermagem@unifipa.com.br

CONSELHO CIENTÍFICO

Ana Paula Girol – Bióloga – Centro Universitário Padre Albino (FIPA), Catanduva - SP.

Anamaria Alves Napoleão – Enfermeira – Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), SP.

Antonio Chizotti – Sociólogo - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), SP.

Bethania Ferreira Goulart – Enfermeira - Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba-MG.

Cristina Arreguy-Sena – Enfermeira - Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), MG.

Flaviana Vieira – Enfermeira - Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia-GO.

Gilson Luiz Volpato – Biólogo - Instituto de Biociências de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Botucatu-SP.

Helena Megumi Sonobe – Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (USP), SP.

Isabel Cristina Belasco – Enfermeira – Universidade Federal do Sul da Bahia – UFSB, BA.

Ítalo Rodolfo Silva – Enfermeiro - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), RJ.

Jane Cristina Anders – Enfermeira – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis-SC.

Johis Ortega - Enfermeiro - Escuela de Enfermería y Ciencias de La Salud, Universidad de Miami, USA.

José Carlos Amado Martins - Enfermeiro - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Josefina Gallegos Martínez - Enfermeira - Facultad de Enfermería de La Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

Josimerci Ittavo Lamana Faria – Enfermeira – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), SP.

Lúcia Marta Giunta da Silva – Enfermeira – Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) – Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo-SP.

Luciana Bernardo Miotto – Socióloga - Centro Universitário – UniMetrocamp-Wyden, Campinas - SP.

Lucieli Dias Pedreschi Chaves – Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (USP), SP.

Magda Fabbri Isaac Silva – Enfermeira – Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (HCFM-USP), SP.

Manoel Santos – Psicólogo – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP), SP.

Márcia Bucchi Alencastre – Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (USP) e Faculdade de Educação São Luís de Jaboticabal, SP.

Maria Auxiliadora Trevisan - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (USP), SP.

Maria Cristina de Moura-Ferreira – Enfermeira - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED-UFU), MG.

Maria de Fátima Farinha Martins Furlan – Enfermeira – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), SP.

Maria Helena Larcher Caliri - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (USP), SP.

Maria Elena Echevarría Guanilo – Enfermeira - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis-SC.

María de los Angeles Rodríguez-Gázquez – Enfermeira - Universidad de Antioquia y de la Universidad de Sevilla Medellín, Antioquia – Colombia.

Maria José Bistafa Pereira - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (USP), SP.

Maria Luiza Nunes Mamede Rosa – Farmacêutica e Bioquímica – Faculdade de Medicina de Barretos, SP.

Maria Manuela Frederico Ferreira - Enfermeira - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Maria Tereza Cuamatzi Peña - Enfermeira – Facultad de Estudios Superiores Zaragoza da Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Margarida Maria da Silva Vieira – Enfermeira - Universidade Católica Portuguesa, Porto - Portugal.

Mariza Almeida Silva – Enfermeira – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador-BA.

Marli Villela Mamede - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (USP), SP.

Mary Elizabeth Santana – Enfermeira – Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém do Pará-PA.

Myeko Hayashida - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (USP), SP.

Rosemary Aparecida Garcia Stuchi – Enfermeira – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina-MG.

Sara Mendoza-Parra – Enfermeira - Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción – Chile.

Simone Albino da Silva - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL), MG.

Simone Perufo Opitz – Enfermeira – Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco-AC.

Simone Roque Mazoni – Enfermeira - Universidade de Brasília, DF.

Sinval Avelino dos Santos – Enfermeiro - Universidade Paulista (UNIP), Ribeirão Preto – SP e Faculdade de Educação São Luís de Jaboticabal, SP.

Wilson Cañon Montañez – Enfermeiro - Universidad de Santander (UDES), Colômbia.

Yolanda Dora Martínez Évora – Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (USP), SP.

EDITORIAÇÃO DE REVISTAS

Marisa Centurion Stuchi

C966 CuidArte enfermagem / Centro Universitário Padre Albino, Curso de Graduação em Enfermagem. - - Vol. 13, n. 1 (jan./jun. 2019) - . - Catanduva: Centro Universitário Padre Albino, Curso de Enfermagem, 2007-

v. : il. ; 27 cm

Semestral.
ISSN 1982-1166

1. Enfermagem - periódico. I. Centro Universitário Padre Albino. Curso de Graduação em Enfermagem.

CDD 610.73

Os artigos publicados na [CuidArte Enfermagem](#) são de inteira responsabilidade dos autores.

- É permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte
- Início de circulação: dezembro de 2007 / *Circulation start: December 2007*
- Data de impressão: junho 2019 / *Printing date: June 2019*

CuidArte

Enfermagem

ISSN 1982-1166

Catanduva, SP Cuid Enferm. Volume 13 Número 1, p. 01-83 - jan./jun. 2019 Semestral

SUMÁRIO / SUMMARY / CONTENIDO

Editorial

Renato Rissi.....05

ARTIGOS ORIGINAIS

A IMPORTÂNCIA DA SOROLOGIA PARA O VÍRUS HTLV EM PUÉRPERAS QUE AMAMENTAM E DOADORAS DE LEITE MATERNO

THE IMPORTANCE OF SEROLOGY FOR HTLV VIRUSES IN BREASTFEEDING PUERPERAL AND BREAST MILK DONORS
 LA IMPORTANCIA DE LA SEROLOGÍA PARA EL VIRUS HTLV EN LACTANCIA DE LAS MADRES RECIENTES Y DONANTES DE LECHE MATERNA

Bianca Fernandes, Fernando Guelfi Côrtes, Nathália Maciel Maniezzo Stuchi9

UM OLHAR ANTROPOLÓGICO PARA O COMPORTAMENTO DE AUTOEXTERMINIO NO BRASIL

AN ANTHROPOLOGICAL VIEW AT THE BEHAVIOR OF SELF-EXTERMINATION IN BRAZIL
 UNA MIRADA ANTROPOLÓGICA PARA EL COMPORTAMIENTO DE AUTOEXTERMINIO EN BRASIL

Tiago Moreno Lopes Roberto, Kazuo Kawano Nagamine, Reinaldo de Carvalho, Lígia Maria da Silva, Marisa Cavalcante Diegues Nara14

ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DE NEUROPATIA PERIFÉRICA EM PACIENTES DIABÉTICOS

ELABORATION OF A PROTOCOL FOR PERIPHERAL NEUROPATHY INVESTIGATION IN DIABETIC PATIENTS
 ELABORACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN DE NEUROPATÍA PERIFÉRICA EN PACIENTES DIABÉTICOS

Beatriz Brandão Vasco, Claudia Ferraz, Gabriela Voltolini Alves, Gabriel Teixeira Cagnin, Thais Mika Mizuno, Eliana Gabas Stuchi-Perez.....22

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO-OBSTÉTRICO E LABORATORIAL NA SÍNDROME HIPERTENSIVA NA GRAVIDEZ

SOCIODEMOGRAPHIC, CLINICAL-OBSTETRIC AND LABORATORY ASPECTS IN HYPERTENSIVE SYNDROME IN PREGNANCY
 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO-OBSTÉTRICO Y LABORATORIAL EN EL SÍNDROME HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO

Giovana Aparecida Gonçalves, Luciana Braz de Oliveira Paes, Maria Cláudia Parro, Nilson Mozas Olivares, Thais Gambarini, Mauro da Silva Casanova, Alfeu Cornélio Accorsi Neto27

QUALIDADE E SEGURANÇA NA ÁREA DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL: AVALIAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

QUALITY AND SAFETY IN MATERNAL AND CHILD HEALTH: EVALUATION OF ADVERSE EVENTS
 CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL ÁREA DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL: EVALUACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Adriani Izabel de Souza Moraes, Victória Larissa dos Santos, Luciana Braz de Oliveira Paes, Maria Claudia Parro32

INFLUÊNCIA DE UMA DIETA HIPOGLUCÍDICA E HIPERPROTEICA DE LONGA DURAÇÃO NO GANHO PONDERAL, CONSUMO ALIMENTAR E PERFIL BIOQUÍMICO DE RATOS WISTAR MACHOS

INFLUENCE OF A LONG-LASTING HYPOGLYCEMIC AND HYPERPROTEIN DIET ON WEIGHT GAIN, FOOD INTAKE AND BIOCHEMICAL PROFILE OF MALE WISTAR RATS

INFLUENCIA DE UNA DIETA HIPOGLUCÍDICA Y HIPERPROTEICA DE LARGA DURACIÓN EN EL GANADO PONDERAL, CONSUMO ALIMENTAR Y PERFIL BIOQUÍMICO DE RATOS WISTAR MACHOS

Vanessa Salto Massarente, Tissiane Eid Barbosa Ashino, Dustin Hoffman Monteiro da Silva, João Matheus Pimentel Battagin, Juliana Cruzera Antonio, Nilce Barril.....38

EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA: MOTIVAÇÃO E SATISFAÇÃO

NURSING TEAM IN THE PUBLIC HEALTH CONTEXT: MOTIVATION AND SATISFACTION

EQUIPO DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO DE LA SALUD PÚBLICA: MOTIVACIÓN Y SATISFACCIÓN

Renan Thomaz dos Reis, Adriana Aparecida Delloiagono de Paula, Claudia Augusta Hidalgo42

CONSTRUÇÃO DE UM AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM PARA O ENSINO DE OSTEOLOGIA HUMANA VOLTADA A GRADUANDOS DE ENFERMAGEM

VIRTUAL LEARNING ENVIRONMENT CONSTRUCTION FOR THE TEACHING OF HUMAN OSTEOLOGY TO NURSING STUDENTS

CONSTRUCCIÓN DE UN ENTORNO VIRTUAL DE APRENDIZAJE PARA LA ENSEÑANZA DE OSTEOLÓGÍA HUMANA CONVERTIDO A GRADUANDOS DE ENFERMERÍA

Adriani Izabel de Souza Moraes, Maria Claudia Parro.....50

REVISÃO DE LITERATURA**A NOVA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E O CONTEXTO ATUAL DE SAÚDE: UMA REFLEXÃO CRÍTICA**

THE NEW NATIONAL POLICY OF BASIC ATTENTION AND THE CURRENT CONTEXT OF HEALTH: A CRITICAL REFLECTION

LA NUEVA POLÍTICA NACIONAL DE ATENCIÓN BÁSICA Y EL CONTEXTO ACTUAL DE SALUD: UNA REFLEXIÓN CRÍTICA

Aline Fiori dos Santos Feltrin, Tatiane Veteri Coneglian56

RELATOS DE CASOS**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR SOB A PERSPECTIVA DE ACADÊMICOS DE MEDICINA QUANTO A NEGLIGÊNCIA À PESSOA IDOSA**

SINGULAR THERAPEUTIC DESIGN ABOUT NEGLECT OF THE ELDERLY UNDER THE PERSPECTIVE OF ACADEMICS OF MEDICINE THERAPEUTIC

PROYECTO TERAPÉUTICO SINGULAR BAJO LA PERSPECTIVA DE ACADÉMICOS DE MEDICINA EN CUANTO A LA NEGLIGENCIA A LA PERSONA MAYOR

Israela Schmidt Berndt, Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice.....63

PROJETO DE MONITORIA DO LABORATÓRIO DE HABILIDADES MÉDICAS DO DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO CURSO DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO PADRE ALBINO

MONITORING PROJECT OF THE LABORATORY OF MEDICAL SKILLS OF THE DEPARTMENT OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS OF THE MEDICINE COURSE OF THE CENTRO UNIVERSITÁRIO PADRE ALBINO

PROYECTO DE MONITORÍA DEL LABORATORIO DE HABILIDADES MÉDICAS DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRÍCIA DEL CURSO DE MEDICINA DEL CENTRO UNIVERSITARIO PADRE ALBINO

Denise Gonzalez Stellutti de Faria, Alfeu Cornelio Accorsi Neto, Leonardo Kauas Dossi, Luis Augusto Ragazzo, Miguel Abufares Reis, Tibério Marciano Frini69

RESENHAS**METODOLOGIAS UTILIZADAS PARA O CÁLCULO DO CUSTO DO ERRO DE MEDICAÇÃO: UMA ANÁLISE CRÍTICA**

METHODOLOGIES USED TO CALCULATE THE COST OF THE MEDICATION ERROR: A CRITICAL ANALYSIS

METODOLOGÍAS UTILIZADAS PARA EL CÁLCULO DEL COSTO DEL ERROR DE MEDICACIÓN: UN ANÁLISIS CRÍTICO

Renata Prado Bereta Vilela, Marli de Carvalho Jericó74

SÍNDROME DE DIÓGENES: TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO

DIOGENES SYNDROME: ACCUMULATION DISORDER

SÍNDROME DE DIÓGENES: TRASTORNO DE ACUMULACIÓN

Mário de Jesus Neto, Luiz Myller Mendes de Matos, Diogo Oliveira Terra Souza, Janaina Benatti de Almeida77

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO81

CuidArte

Enfermagem

ISSN 1982-1166

Catanduva, SP Cuid Enferm. Volume 13 Número 1, p. 01-83 - jan./jun. 2019 Semestral

EDITORIAL

DESAFIOS NO ENSINO DA ANATOMIA HUMANA: O AUXÍLIO DE UMA LIGA ACADÊMICA

Renato Rissi*

Os estudos da anatomia datam desde o século II a.C., quando Herófilo e Erisítrato realizavam as primeiras disseções em cadáveres tentando expor e elucidar os mistérios sob o corpo humano. Ao longo dos anos, os estudos anatômicos receberam contribuições de nomes como Alcmeón, Galeno e Leonardo Da Vinci, finalmente chegando a Andreas Vesalius, considerado o pai da anatomia moderna, que realizou inúmeras disseções e escreveu em 1543 o livro "De Humanis Corporis Fabrica", o qual perdura até os dias atuais como uma das obras mais influentes no estudo da anatomia¹.

Atualmente, a obtenção do conhecimento anatômico está engajada no ciclo básico de praticamente todos os cursos da área da saúde e é imprescindível para o futuro profissional, o qual irá lidar com o corpo humano por toda a sua carreira. De forma simplificada, a anatomia atual aborda o estudo macroscópico e as características estruturais dos órgãos, tecidos e sistemas do corpo humano, sendo, portanto, um conhecimento fundamental para o entendimento de outras disciplinas como a fisiologia, patologia, semiologia, dentre outras.

Recentemente, os professores de anatomia humana tem se deparado com alguns desafios no ensino da disciplina: o primeiro reside em definir, dentre todo o amplo universo anatômico e a carga horária disponível da disciplina, quais as estruturas e relações anatômicas a serem ensinadas e que irão contribuir efetivamente para a formação do futuro profissional; o segundo, e mais importante, em como desenvolver as atividades práticas, já que muitas instituições não possuem material cadavérico suficiente para o processo de ensino/aprendizagem².

O ensino prático da anatomia humana utilizando material cadavérico é considerado uma ferramenta essencial de abordagem cognitiva do aprendizado, uma vez que o aluno interage diretamente na produção do conhecimento, ou seja, ao exercício e experiência física³. Apesar da ampla importância de se estudar anatomia em peças cadavéricas reais, a captação do cadáver para tais fins mostra-se baixa em todo o mundo, seja pela falta de conhecimento por parte da população, pela falta de incentivo à doação, questões éticas, religiosas ou por protocolos burocráticos que dificultam a liberação dos corpos⁴.

Diante dos problemas expostos no ensino da anatomia, novos meios de ensino fizeram-se necessários, como o uso da tecnologia que fornece amplo acesso a multimídia (vídeos, slides, imagens, softwares com imagens 3D), lousas digitais e modelos anatômicos sintéticos, visando suprir minimamente a necessidade do aluno em usar o cadáver como meio de aprendizagem⁵. Embora tais metodologias alternativas tenham seu valor reconhecido, é evidente que ainda não existe melhor forma de se aprender/ensinar anatomia do que com a utilização de material cadavérico real.

A partir da Constituição de 1988, em que foi elaborado o princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, as Ligas Acadêmicas ganharam maior atuação nas instituições de nível superior, abordando diferentes áreas do conhecimento, como a anatomia humana, por exemplo⁶.

Desde então, as Ligas Acadêmicas se fortaleceram, e a partir desse princípio/incentivo, alunos e docentes de diversas instituições frequentemente se organizam para fundar ligas acadêmicas de anatomia, com o intuito de acrescentar ao discente o conhecimento anatômico aprofundado, realizar pesquisa científica, exercer atividades de extensão universitária e ainda, de forma complementar, divulgar e incentivar a doação do corpo cadavérico para fins educacionais nas instituições de ensino superior.

Percebe-se que apesar das frequentes melhorias na atuação das ligas acadêmicas voltadas ao ensino/aprendizagem, alguns pontos como a extensão, pesquisa científica, incentivo e recrutamento de material cadavérico necessitam ainda evoluir, visando a uma atuação benéfica geral das mesmas. Pautado nisso, acredita-se que com tempo e trabalho em conjunto, esse panorama de escassez de material cadavérico tende a ser reduzido, influenciando positivamente no processo de ensino, aprendizagem, extensão e pesquisa em anatomia humana.

*Doutor em Anatomia Humana, programa de Biologia Celular e Estrutural da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), docente da disciplina de Anatomia Humana dos cursos de Biomedicina e Medicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP, Brasil. Contato: renato_rissi@yahoo.com.br

REFERÊNCIAS

1. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Uma breve história da Anatomia Humana. Porto Alegre, RS. [INTERNET] [citado 2m 29 mar. 2019] Disponível em: <https://www.ufcspa.edu.br/index.php/historia-da-anatomia-humana>. 2 - Talamoni ACB. Os nervos e os ossos do ofício: uma análise etnológica da aula de Anatomia. São Paulo: Editora UNESP; 2014.
2. Medeiros ARC, Silva Neto EJ, Saraiva MG, Coutinho LASA, Madruga Neto AC, Soares RS, et al. Dissecação e capacitação de habilidades e competências gerais na formação médica. Rev Bras Cien Saúde. 2013;17(3):247-52.
3. Halou H, Chalkias A, Mystrioti D, Iacovidou N, Vasileiou PV, Xanthos T. Evaluation of the willingness for cadaveric donation in Greece: a population-base study. Anatomical Sciences Education. 2013; 6(1):48-55.
4. Boechat JCS, Gama Filho RV, Sales EC, Silva MA. Manhães FC. A study on teaching-educational approaches in teaching of human anatomy. Inter Sci Place. 2016;11(1):43-149.
5. Silva JHS, Chiochetta LG, Oliveira LFT, Sousa VO. Implantação de uma liga acadêmica de anatomia: desafios e conquistas. Rev Bras Educ med. 2015;39(2):310-5.

CHALLENGES IN THE TEACHING OF HUMAN ANATOMY: THE ACADEMIC LEAGUE ASSISTANCE

Renato Rissi*

Anatomy studies date from the second century before Christ when Herófilo and Erisistrato performed the first dissections in cadavers trying to expose and elucidate the mysteries under the human body. Over the years, anatomical studies have received contributions from names such as Alcmeón, Galeno, and Leonardo Da Vinci. Finally arriving at Andreas Vesalius, considered the father of modern anatomy, who performed countless dissections and wrote in 1543 the book "De Humanis Corporis Fabrica", which continues to the present day as one of the most influential works in the study of anatomy¹.

Currently, obtaining anatomical knowledge is engaged in the basic cycle of virtually all courses in the health area and is essential for the future professional, who will deal with the human body throughout his career. In a simplified way, the current anatomy approaches the macroscopic study and the structural characteristics of the organs, tissues and systems of the human body, being, therefore, a fundamental knowledge for the understanding of other disciplines such as physiology, pathology, semiology, among others.

Recently, human anatomy teachers have encountered some challenges in teaching the discipline: the first is to define, between the entire broad anatomical universe and the available workload of the discipline, which structures and anatomical relationships are to be taught and which will effectively contribute to the formation of the professional future. The second, and more important, how to develop practical activities, since many institutions do not have sufficient cadaveric material for the teaching / learning process².

The practical teaching of the human anatomy using cadaveric material is considered an essential tool of cognitive approach to learning, since the student interacts directly in the production of knowledge, that is, to exercise and physical experience³. Despite the importance of studying anatomy in real cadaveric parts, corpse uptake for such purposes appears to be low throughout the world, either because of lack of knowledge on the part of the population, lack of encouragement, ethical, religious or by bureaucratic protocols that hinder the release of bodies⁴.

Faced with the problems exposed in the teaching of anatomy, new means of teaching became necessary. The use of technology that provides ample access to multimedia (videos, slides, images, software with 3D images), digital blackboard and synthetic anatomical models aim at minimizing the student's need to use the corpse as a means of learning⁵. Although such alternative methodologies have their value recognized, it is clear that there is as yet no better way to learn/teach anatomy than with the use of actual cadaveric material.

Since the Constitution of 1988, in which the principle of the inseparability between teaching, research and extension was elaborated, the Academic Leagues have gained more action in higher level institutions, approaching different areas of knowledge, such as human anatomy, for example⁶.

Since then, the Academic Leagues have strengthened, and from this principle / incentive, students and professors from various institutions often organize to create academic leagues of anatomy. This fact intends to add to the detailed anatomical knowledge, to carry out scientific research, to carry out activities of university extension and in a complementary way, to divulge and to encourage the donation of the cadaveric body for educational purposes in higher education institutions.

In spite of the frequent improvements in the performance of Academic Leagues focused on teaching / learning, some points such as the extension, scientific research, encouragement and recruitment of cadaveric material still need to evolve, aiming at a general beneficial action of the same. Based on this, it is believed that with time and work together, this panorama of scarcity of cadaveric material tends to be reduced, positively influencing the process of teaching, learning, extension and research in human anatomy.

*Doutor em Anatomia Humana, programa de Biologia Celular e Estrutural da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), docente da disciplina de Anatomia Humana dos cursos de Biomedicina e Medicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP, Brasil. Contato: renato_rissi@yahoo.com.br

REFERÊNCIAS

1. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Uma breve história da Anatomia Humana. Porto Alegre, RS. [INTERNET] [citado 2m 29 mar. 2019] Disponível em: <https://www.ufcspa.edu.br/index.php/historia-da-anatomia-humana>. 2 - Talamoni ACB. Os nervos e os ossos do ofício: uma análise etnológica da aula de Anatomia. São Paulo: Editora UNESP; 2014.
2. Medeiros ARC, Silva Neto EJ, Saraiva MG, Coutinho LASA, Madruga Neto AC, Soares RS, et al. Dissecção e capacitação de habilidades e competências gerais na formação médica. Rev Bras Cien Saúde. 2013;17(3):247-52.
3. Halou H, Chalkias A, Mystrioti D, Iacovidou N, Vasileiou PV, Xanthos T. Evaluation of the willingness for cadaveric donation in Greece: a population-base study. Anatomical Sciences Education. 2013; 6(1):48-55.
4. Boechat JCS, Gama Filho RV, Sales EC, Silva MA, Manhães FC. A study on teaching-educational approaches in teaching of human anatomy. Inter Sci Place. 2016;11(1):43-149.
5. Silva JHS, Chiochetta LG, Oliveira LFT, Sousa VO. Implantação de uma liga acadêmica de anatomia: desafios e conquistas. Rev Bras Educ med. 2015;39(2):310-5.

DESAFIOS EN LA ENSEÑANZA DE LA ANATOMÍA HUMANA: LA AYUDA DE UNA LIGA ACADÉMICA

Renato Rissi*

Los estudios de anatomía datan desde el siglo II a. C., cuando Herófilo y Erisítrato realizaban las primeras disecciones en cadáveres intentando exponer y elucidar los misterios del cuerpo humano. A lo largo de los años, los estudios anatómicos recibieron contribuciones de nombres como Alcmeón, Galeno y Leonardo Da Vinci, finalmente llegando a Andreas Vesalius, considerado el padre de la anatomía moderna, que realizó innumerables disecciones y escribió en 1543 el libro "De Humanis Corporis Fabrica", el cual perdura hasta los días actuales como una de las obras más influyentes en el estudio de la anatomía¹.

Actualmente, la obtención del conocimiento anatómico ocurre en el ciclo básico de prácticamente todos los cursos del área de la salud y es imprescindible para el futuro profesional, el cual va a lidiar con el cuerpo humano por toda su carrera. De forma simplificada, la anatomía actual aborda el estudio macroscópico y las características estructurales de los órganos, tejidos y sistemas del cuerpo humano, siendo, por lo tanto, un conocimiento fundamental para el entendimiento de otras disciplinas como la fisiología, patología, semiología, entre otras.

En los últimos años, los profesores de anatomía humana se han enfrentado a algunos desafíos en la enseñanza de la disciplina: el primero reside en definir, entre todo el amplio universo anatómico y la carga horaria disponible de la disciplina, cuáles las estructuras y relaciones anatómicas a ser enseñadas y que irán contribuir efectivamente a la formación del futuro profesional; el segundo, y más importante, en cómo desarrollar las actividades prácticas, ya que muchas instituciones no poseen material cadavérico suficiente para el proceso de enseñanza/aprendizaje².

La enseñanza práctica de la anatomía humana utilizando material cadavérico es considerada una herramienta esencial de abordaje cognitivo del aprendizaje, una vez que el alumno interactúa directamente en la producción del conocimiento, o sea, al ejercicio y experiencia física³. A pesar de la amplia importancia de estudiar anatomía en piezas cadavéricas reales, la captación del cadáver para tales fines se muestra baja en todo el mundo, sea por la falta de conocimiento por parte de la población, por la falta de aliento, cuestiones éticas, religiosas o por protocolos burocráticos que dificultan la liberación de los cuerpos⁴.

Ante los problemas expuestos en la enseñanza de la anatomía, nuevos medios de enseñanza se hicieron necesarios. El uso de la tecnología que proporciona amplio acceso a multimedia (vídeos, diapositivas, imágenes, software con imágenes 3D), pizarras digitales y modelos anatómicos sintéticos, tiene el objetivo de suplir mínimamente la necesidad del alumno en usar el cadáver como medio de aprendizaje⁵. Aunque estas metodologías alternativas tienen su valor reconocido, es evidente que aún no existe mejor forma de aprender/enseñar anatomía que con la utilización de material cadavérico real.

A partir de la Constitución de 1988, en la que se elaboró el principio de la indisolubilidad entre enseñanza, investigación y extensión, las Ligas Académicas ganaron mayor actuación en las instituciones de nivel superior, abordando diferentes áreas del conocimiento, como la anatomía humana por ejemplo⁶.

Desde entonces, las Ligas Académicas se han fortalecido, ya partir de ese principio/incentivo, alumnos y docentes de diversas instituciones frecuentemente se organizan para fundar ligas académicas de anatomía. Este hecho tiene como objetivo añadir al alumno el conocimiento anatómico detallado, realizar investigación científica, ejercer actividades de extensión universitaria y además, de forma complementaria, divulgar e incentivar la donación del cuerpo cadavérico para fines educativos en las instituciones de enseñanza superior.

Se percibe que a pesar de las frecuentes mejoras en la actuación de las ligas académicas orientadas a la enseñanza/aprendizaje, algunos puntos como la extensión, investigación científica, incentivo y reclutamiento de material cadavérico, necesitan evolucionar, buscando una actuación benéfica general de las mismas. En este sentido, se cree que con tiempo y trabajo en conjunto, ese panorama de escasez de material cadavérico tiende a ser reducido, influenciando positivamente en el proceso de enseñanza, aprendizaje, extensión e investigación en anatomía humana.

*Doutor em Anatomia Humana, programa de Biologia Celular e Estrutural da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), docente da disciplina de Anatomia Humana dos cursos de Biomedicina e Medicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP, Brasil. Contato: renato_rissi@yahoo.com.br

REFERÊNCIAS

1. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Uma breve história da Anatomia Humana. Porto Alegre, RS. [INTERNET] [citado 2m 29 mar. 2019] Disponível em: <https://www.ufcspa.edu.br/index.php/historia-da-anatomia-humana>. 2 - Talamoni ACB. Os nervos e os ossos do ofício: uma análise etnológica da aula de Anatomia. São Paulo: Editora UNESP; 2014.
2. Medeiros ARC, Silva Neto EJ, Saraiva MG, Coutinho LASA, Madruga Neto AC, Soares RS, et al. Dissecação e capacitação de habilidades e competências gerais na formação médica. Rev Bras Cien Saúde. 2013;17(3):247-52.
3. Halou H, Chalkias A, Mystrioti D, Iacovidou N, Vasileiou PV, Xanthos T. Evaluation of the willingness for cadaveric donation in Greece: a population-base study. Anatomical Sciences Education. 2013; 6(1):48-55.
4. Boechat JCS, Gama Filho RV, Sales EC, Silva MA. Manhães FC. A study on teaching-educational approaches in teaching of human anatomy. Inter Sci Place. 2016;11(1):43-149.
5. Silva JHS, Chiochetta LG, Oliveira LFT, Sousa VO. Implantação de uma liga acadêmica de anatomia: desafios e conquistas. Rev Bras Educ med. 2015;39(2):310-5.

Artigos Originais



A IMPORTÂNCIA DA SOROLOGIA PARA O VÍRUS HTLV EM PUÉRPERAS QUE AMAMENTAM E DOADORAS DE LEITE MATERNO

THE IMPORTANCE OF SEROLOGY FOR HTLV VIRUSES IN BREASTFEEDING PUERPERAL AND BREASTMILK DONORS

LA IMPORTANCIA DE LA SEROLOGÍA PARA EL VIRUS HTLV EN LACTANCIA DE LAS MADRES RECIENTES Y DONANTES DE LECHE MATERNA

Bianca Fernandes*, Fernando Guelfi Côrtes*, Nathália Maciel Maniezzo Stuchi**

Resumo

Introdução: A melhor forma de nutrição de um recém-nascido até os seis meses de vida é o leite materno. Algumas mães não conseguem lactar suficientemente para suprir a amamentação de seu bebê e com isso recorrem ao banco de leite humano. **Objetivos:** Investigar na literatura científica as regras aplicadas aos bancos de leite mundiais quanto à sorologia do vírus HTLV e compará-las ao Brasil, bem como buscar dados quanto aos efeitos da administração para bebês de leite materno de mulheres portadoras deste vírus. **Material e Método:** Estudo de revisão bibliográfica. **Resultado:** Este recurso é extremamente controlado, desde a sua coleta, testes de qualidade, controle microbiológico e armazenamento. Porém, algumas análises não são preconizadas pela Vigilância Sanitária no Brasil, uma delas é a sorologia para o vírus HTLV para as doadoras, o que seria interessante já que a forma de transmissão mais recorrente é o aleitamento materno. Embora o leite armazenado nos bancos oficiais seja pasteurizado e congelado, faltam dados na literatura que indiquem que a administração deste leite seja segura para os bebês. Em relação às mulheres que são portadoras de outros vírus como o HIV, por exemplo, a amamentação e doação de leite materno não são indicadas. **Conclusão:** É necessária uma investigação científica aprofundada que possa elucidar sobre a segurança do consumo do leite materno de mulheres portadoras deste retrovírus. Até que se tenha esta resposta, incluir a sorologia para o HTLV no pré-natal seria a conduta mais adequada a ser incorporada na prática clínica.

Palavras-chave: Vírus HTLV. Aleitamento materno. Bancos de leite.

Abstract

Introduction: The best form of nutrition for a newborn until six months of age is breast milk. Some mothers cannot breastfeed enough to supply their baby's breastfeeding, and then they turn to the human milk bank. **Objectives:** This resource is extremely controlled, from its collection, quality testing, microbiological control and storage. However, some analyzes are not recommended by the Brazilian Health Surveillance, one of them is the serology for the HTLV virus for the donors, which would be interesting since the most recurrent form of transmission is the breastfeeding. **Material and Method:** Study of bibliographic review. **Result:** However, some analyzes are not recommended by the Brazilian Health Surveillance, one of them is the serology for the HTLV virus for the donors, which would be interesting since the most recurrent form of transmission is the breastfeeding. Although milk stored in the official banks is pasteurized and frozen, there is a lack of data in the literature that indicate that the milk is safe for infants. For women who are infected by other viruses such as HIV, for example, breastfeeding and donating breast milk are not indicated. **Conclusion:** Therefore, it is necessary to carry out the most profound scientific investigation that can explain the safety of the breast milk consumption of women with this retrovirus. Until this response is included, serology for HTLV in prenatal care would be the most appropriate procedure to be incorporated in clinical practice.

Keywords: HTLV virus. Breastfeeding. Milk banks.

Resumen

Introducción: La mejor forma de nutrición de un recién nacido hasta los seis meses de vida es la leche materna. Algunas madres no pueden lactar suficientemente para suplir la lactancia de su bebé y con ello recurren al banco de leche humana. **Objetivos:** Investigar en la literatura científica las reglas aplicadas a los bancos de leche mundiales en cuanto a la serología del virus HTLV y compararlas a Brasil, así como buscar datos sobre los efectos de la administración para bebés de leche materna de mujeres portadoras de este virus. **Material y Método:** Estudio de revisión bibliográfica. **Resultado:** Este recurso es extremadamente controlado, desde su recolección, pruebas de calidad, control microbiológico y almacenamiento. Sin embargo, algunos análisis no son preconizados por la Vigilancia Sanitaria en Brasil, una de ellas es la serología para el virus HTLV para las donantes, lo que sería interesante ya que la forma de transmisión más recurrente es la lactancia materna. Aunque la leche almacenada en los bancos oficiales sea pasteurizada y congelada, faltan datos en la literatura que indiquen que la administración de esta leche sea segura para los bebés. En cuanto a las mujeres que son portadoras de otros virus como el HIV, por ejemplo, la lactancia y la donación de leche materna no se indican. **Conclusión:** Es necesaria una investigación científica en profundidad que pueda dilucidar sobre la seguridad del consumo de leche materna de mujeres portadoras de este retrovirus. Hasta que se tenga esta respuesta, incluir la serología para el HTLV en el prenatal sería la conducta más adecuada a ser incorporada en la práctica clínica.

Palabras-clave: Virus HTLV. Lactancia materna. Bancos de leche.

*Acadêmicos do curso de Biomedicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP.

**Biomédica, doutora em Genética pelo Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas (UNESP-IBILCE), São José do Rio Preto-SP. Docente do curso de Biomedicina e da Especialização em Citologia Esfoliativa e Onco-Hematologia do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP. Biomédica no Instituto Adolfo Lutz, São José do Rio Preto-SP. Contato: nmmbiomedica@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é a principal fonte nutricional do recém-nascido até os primeiros seis meses de vida, protegendo seu organismo a fim de evitar doenças e colocando seu sistema imune em funcionamento. Para as mães também é importante, pois reduz o risco de câncer de mama e de ovário, alguns tipos de fraturas ósseas e diminui o risco de morte por artrite reumatoide¹. O leite materno é composto por três fases: o Colostró^{2,3} -fluido amarelado e espesso, rico em proteínas, saindo logo após o parto; o Leite de Transição - proteínas e minerais diminuem e aumentam os carboidratos e as gorduras, ocorrendo do 7º ao 20º dia de amamentação². Finda a segunda fase, vem o leite maduro, após o 21º dia, sendo mais estável e contínuo para a amamentação¹⁻³.

Também são transmitidas ao bebê por meio da amamentação, células de defesa do organismo da mãe a fim de evitar o adoecimento da criança, ajudando também no desenvolvimento cognitivo e gastrointestinal^{4,5}. Durante este processo de transmissão celular, pode ocorrer a transmissão do vírus HTLV, um retrovírus da mesma família do HIV. Ele ataca as células de defesa do organismo, mais especificamente os linfócitos T⁶. Essa contaminação de mãe para filho é proveniente de uma infecção contraída pela progenitora, proveniente de sexo desprotegido ou mesmo compartilhamento de seringas e agulhas nos casos de mulheres usuárias de drogas. Os infectados não apresentam sintomas inicialmente, porém decorrem dessa infecção doenças neurológicas oriundas de dano tecidual nervoso em virtude da resposta pró inflamatória exagerada^{7,8}.

Bancos de leite no Brasil

O funcionamento do banco de leite humano no Brasil é fundamentado pela RDC-Anvisa nº 171, de 04 de setembro de 2006⁹, na qual são preconizadas as normas e condutas do funcionamento do banco de leite e também dispõe sobre o controle de qualidade e testes microbiológicos. O banco de leite¹⁰ foi fundado sem fins lucrativos, porém com cunho de proteção social e indução à prática da amamentação natural, onde são encarregados de cuidar dos interesses da doadora e do filho. As regras determinam: higiene pessoal do funcionário responsável pela coleta e recepção antes e após o contato com a doadora, antes e após o manuseio da ordenha da mesma

externamente e também por parte das mulheres doadoras, pois antes de entrar na sala de ordenha deve ser feita a antisepsia das mãos e antebraços, sendo vedado o uso de adornos, dermocosméticos voláteis e existência de plantas na sala de ordenha¹⁰.

Para uma mulher ser doadora, é necessário que seu médico solicite a introdução da paciente no banco de leite humano e que ela seja saudável, esteja amamentando o próprio filho com seu leite, não fazer uso de ilícitos, estar em dia com seus exames, doar de livre vontade e sem remuneração, dentre outros requisitos. A doação é contraindicada para mulheres com doenças infectocontagiosas como HIV, Hepatite B, entre outras, ou qualquer outro impedimento identificado pelo médico obstetra. As análises são realizadas a partir de amostras de leite humano. Na fase de controle de qualidade são realizados testes físico-químicos, dentre eles: Acidez Dornic (menor ou igual a 8ºD), Crematócrito maior ou igual a 250 Kcal/L, cor vermelho/marrom ausente, análise microbiológica ausente quanto ao grupo Coliforme¹¹. O banco de leite humano deve realizar constantes avaliações técnicas dos procedimentos *versus* amostras, para que se confirme a exatidão e excelência dos processos¹².

O vírus HTLV

O vírus HTLV (Vírus T-Linfotrófico Humano) é um retrovírus pertencente à mesma família do HIV. Sua incidência no Brasil é proporcionalmente baixa levando-se em conta a vasta extensão territorial brasileira, entretanto é considerado um problema de saúde pública já que em números absolutos o país pode ter o maior número de infectados do mundo (2,5 milhões de pessoas)¹³. Ele infecta o sistema imunológico, mais precisamente as células T. Há dois tipos de vírus, o HTLV I – ligado a doenças degenerativas como Paraparesia Espástica Tropical¹ – e o HTLV II – vinculado a doenças hematológicas como Leucemia e Linfomas de Células T de Adultos¹⁴. Os sintomas apresentados para quem desenvolve as doenças relacionadas ao vírus ocorrem na forma de dor nos pés e panturrilha, disfunções urinárias, dor na coluna lombar (sintomas correlatos com doenças neurológicas ligadas ao HTLV I)¹⁵.

OBJETIVOS

Os objetivos deste trabalho foram investigar na

literatura científica as regras aplicadas aos bancos de leite mundiais quanto à sorologia do vírus HTLV e compará-las ao Brasil, bem como buscar dados quanto aos efeitos da administração para bebês de leite materno de mulheres portadoras deste vírus.

MATERIAL E MÉTODO

O presente trabalho foi desenvolvido por meio de pesquisas bibliográficas em artigos relacionados ao tema, sendo encontrados nas bases de dados Pubmed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Google Acadêmico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Vírus HTLV infecta¹⁶ principalmente células de Linfócito T CD4+, porém os Linfócitos TCD8+ também são hospedeiros ideais do vírus, afetando em menor intensidade também algumas células dendríticas, monócitos e linfócitos B. Essa transmissão se dá por troca de fluidos corporais (sangue e sêmen)¹⁷ e por via vertical direta (de mãe para filho) através do aleitamento materno. No sangue periférico, a presença de células infectadas pelo HTLV I é ínfima quando comparado às células T presentes no leite materno, o que faz do aleitamento materno a principal forma de contágio do HTLV¹⁷. Idade avançada da mãe e amamentação superior a três meses são fatores de risco para a infecção¹⁷. Os primeiros indicadores de infecção do vírus HTLV por meio da amamentação ocorreram no Japão^{18,19} com incidência maior em crianças amamentadas que as alimentadas com mamadeira. Entre as crianças alimentadas exclusivamente com leite materno até os seis meses de idade as chances de se infectarem com o vírus também foi maior²⁰.

Para o leite materno armazenado em bancos de leite há controle rígido quanto a possíveis doenças transmitidas pelo mesmo, mas nem todas são testadas. Na França²¹ as mulheres lactantes, sejam elas doadoras ou amamentando seus próprios filhos, são submetidas ao rastreamento do vírus HTLV. No Japão desde 2010 todas as mulheres grávidas são testadas para o vírus HTLV e quando o mesmo é identificado as mães são orientadas a não amamentarem seus filhos e a doação em bancos de leite é proibida²². Este programa nacional japonês de rastreamento do vírus HTLV entre as gestantes se deve ao sucesso do programa aplicado em

Nagasaki em 1987 no qual as gestantes foram testadas para o vírus HTLV e orientadas a não amamentar seus filhos, com estas medidas observou-se uma redução de 80% nos casos de transmissão vertical do vírus HTLV¹⁹.

No Reino Unido as doadoras de leite materno são submetidas a testes sorológicos para HIV, sífilis, hepatites e HTLV, em caso de positividade para algum destes agentes a doação não será realizada²³. No Canadá a sorologia para o HTLV também é requisito prévio para a aprovação da doação²⁴. Nos Estados Unidos as regras sanitárias para a doação de leite materno variam entre os estados, não se entrando em consenso sobre a realização de sorologia prévia para o vírus HTLV para a doação de leite materno²⁵.

No Brasil²⁶, seguindo as normas preconizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o leite materno doado passa pelo processo de preparação no qual assemelha-se ao praticado na França, entretanto a sorologia para o HTLV não é realizada. As amostras recebidas pelo Banco de Leite no Brasil são submetidas a um processamento de pasteurização a 62,5°C por 30 minutos, aniquilando quaisquer patógenos presentes naquela amostra²⁷. Se o leite for administrado cru da mãe direto para seu filho, não é necessário passar por este processo. Deve-se apenas obedecer a critérios de higiene (ordenhar em local apropriado e monitorado por responsável apto) e mantê-lo a uma temperatura constante de 5°C por um período de tempo máximo de 12 horas²⁷.

Estudos realizados em regiões do Japão, China e Vietnã, mostraram que dentre as amostras coletadas (545), 266 deram positivas de 13 regiões do Japão e 279 da China, Vietnã, Coréia, com incidência maior na região leste do Japão, em Kyushu²⁸. Supõe-se que haja no mundo de 15 a 20 milhões de infectados pelo HTLV-I, sendo a maior prevalência no sul do Japão (10%), Trinidad e Tobago (6%), Guiné-Bissau, Camarões e Benin (5%)^{15,29}. No Brasil, a prevalência deste vírus pouco conhecida, com apenas alguns estudos no município de Oiapoque na divisa com a Guiana Francesa³⁰, e no estado da Paraíba, onde no período de Janeiro de 2004 a Janeiro de 2005 foram verificadas 1033 amostras que foram testadas para o Ensaio de Imunoabsorção Enzimática (ELISA) para a detecção de anticorpos para HTLV-I e confirmadas pela Reação em Cadeia da Polimerase (PCR), no qual apenas sete foram positivas no teste de ELISA para o HTLV-I e somente dois

casos foram confirmados pelo PCR³¹. Em outros estudos, testes realizados em capitais mostraram a prevalência do vírus, como em Maranhão, Pará, Pernambuco e Bahia (6,7 a 10/1000). Nos estados do Acre, Goiás, Minas Gerais, Paraíba, Rio de Janeiro e Tocantins a prevalência varia de 3,4 a 6,6/1000³².

Diante deste estudo, pôde-se conhecer como funcionam as diretrizes para doação de leite materno em alguns países, particularmente em relação à investigação sorológica do vírus HTLV nas doadoras de leite materno.

As informações deste trabalho podem embasar pesquisas relacionadas ao tema e incentivar o governo brasileiro a implementar a sorologia antecipada do vírus HTLV durante o pré-natal, visto que o Brasil conta com a maior rede de bancos de leite materno do mundo, com 225 bancos de leite humano e 212 postos de coleta, e é visto como referência no assunto pelo mundo todo³³.

Estes resultados podem amparar questionamentos com as autoridades sanitárias brasileiras, como a ANVISA e o próprio governo, com o intuito de se aplicar medidas de resguardo para se evitar a transmissão do vírus para recém-nascidos, tendo como modelo outros casos de contágio viral como HIV, Hepatites e Citomegalovírus.

CONCLUSÃO

Em alguns países como França, Japão, Reino Unido e Canadá as puérperas lactantes portadoras do HTLV são impedidas de doarem seu leite, porém no Brasil a sorologia para este vírus não é realizada como exame obrigatório de pré-natal nem para doadoras de leite materno. Informações sobre a prevalência do vírus entre as mulheres doadoras e estudos sobre possíveis vestígios do HTLV no leite pasteurizado são insuficientes. Desta forma conceitos éticos são indagados em função da aplicação das técnicas atualmente utilizadas pelos bancos de leite humano brasileiros, na medida em que não se tem conhecimento de quais prejuízos podem decorrer à saúde dos bebês em virtude da amamentação de mães contaminadas com HTLV ou de leite oriundo de bancos de leite humano que possam ser de mulheres reagentes para o vírus HTLV.

REFERÊNCIAS

1. Minagawa H, Mora CA, Asher DM, Stone GA, Liberski PP, Gibbs CJ. Transmission of human T-cell leukemia virus type 1 from a patient with HTLV-1 associated myelopathy/tropical spastic paraparesis and an asymptomatic carrier to rabbits. *Arch Virol.* 1991;118:235-45.
2. Anderson GH. Human milk feeding. *Pediatr Clin North Am.* 1985; 32:335-53.
3. Macy IG. Composition of human colostrum and milk. *Am J Dis Child.* 1949; 78: 589-603.
4. Nobrega FJ, Campos ALR. Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.
5. Uauy R, Mena P. Lipids and neurodevelopment. *Nutr Rev.* 2001; 59: 34-38.
6. Kinoshita K, Amagasaki T, Hino S, Doi H, Yamanouchi K, Ban N, et al. Milk-borne transmission of HTLV-I from carrier mothers to their children. *Jpn J Cancer Res.* 1987;78:674-80.
7. Black FL, Biggar RJ, Lal RB, Gabbai AA, Vieira Filho JPB. Twenty-five years of HTLV type II follow-up with a possible case of tropical spastic paraparesis in the Kayapo, a Brazilian Indian tribe. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 1996; 12:1623-7.
8. Yasunaga J, Matsuoka M. Human T-cell leukemia virus type I induces adult T-cell leukemia: from clinical aspects to molecular mechanisms. *Cancer Control.* 2007; 14:133-40.
9. Ministério da Saúde (BR). DOU nº 171, de 05 de Setembro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento de bancos de leite humano. *Diário Oficial da União, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária* 06 set 2006. Seção 1, p. 33.
10. Ministério da Saúde (BR). *Recomendações técnicas para o funcionamento de bancos de leite humano.* 3ª. ed. Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde; 1998.
11. Bortolozzo EAFQ, Tiboni EB, Cândido LMB. Padrão microbiológico e sanitário do leite humano processado em banco de leite. *Hig Aliment.* 2004; 18(122):85-8.
12. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Nacional de Qualidade em Bancos de Leite Humano. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 2003.
13. Romanelli LCF, Caramelli P, Carneiro-Proietti ABF. O vírus linfotrópico de células T humanas tipo 1 (HTLV-1): quando suspeitar da infecção? *Rev Assoc Med Bras.* 2010; 56(3):340-7.
14. Mahieux R, Gessain A. HTLV-1 and associated adult T-cell leukemia/lymphoma. *Rev Clin Exp Hematol.* 2003; 7:336-61.
15. Proietti FA, Carneiro-Proietti ABF, Catalan-Soares BC, Murphy EL. Global epidemiology of HTLV-I infection and associated diseases. *Oncogene.* 2005; 24:6058-68.
16. Satou Y, Matsuoka M. HTLV-1 and the host immune system: How the virus disrupts immune regulation, leading to HTLV-1 associated diseases. *J Clin Exp Hematop.* 2010; 50:1-8.
17. Okochi K, Sato H, Hinuma Y. A retrospective study on transmission of adult T cell leukemia virus by blood transfusion: Seroconversion in recipients. *Vox Sang.* 1984; 46:245-53.
18. Ando Y, Nakano S, Saito K, Shimamoto I, Ichijo M, Toyama T, et al. Transmission of adult T-cell leukemia retrovirus (HTLV-I) from mother to child: Comparison of bottle- with breast-fed babies. *Jpn J Cancer Res.* 1987; 78:322-4.
19. Hino S, Sugiyama H, Doi H, Ishimaru T, Yamabe T, Tsuji Y, et al. Breaking the cycle of HTLV - I transmission via carrier mothers' milk. *Lancet.* 1987; 2:158-9.
20. Ruiz-Extremera A, Salmeron J, Torres C, Rueda PM, Gimenez F, Robles C, et al. Follow-up of transmission of hepatitis C to babies of human immunodeficiency virus-negative women: the role of breast-feeding in transmission. *Pediatr Infect Dis J.* 2000;19:511-6.
21. Rigourd V, Meyer V, Kieffer F, Aubry S, Magny JF. HTLV and "donating" milk. *Bull Soc Pathol Exot.* 2011; 104(3):205-8.

22. Hino S. Establishment of the milk-borne transmission as a key factor for the peculiar endemicity of human T-lymphotropic virus type 1 (HTLV-1): the ATL Prevention Program Nagasaki. *Proc Jpn Acad Ser B Phys Biol Sci.* 2011; 87(4):152-166.
23. Centre for Clinical Practice at NICE (UK). Donor Breast Milk Banks: the operation of donor milk bank services. NHS. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (UK); 2010.
24. BC Womens Hospital. Donating milk. [Internet] [citado em 12 jan. 2019]. Disponível em: <http://www.bcwomens.ca/our-services/labour-birth-post-birth-care/milk-bank/donating-milk>
25. FDA. Use of donor human milk. [Internet] [citado em 14 jan. 2019]. Disponível em: <https://www.fda.gov/science-research/pediatrics/use-donor-human-milk>
26. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Brasília, DF: ANVISA; 2008.
27. Bortolozzo EAFQ. Padrão microbiológico e sanitário do leite humano processado em banco de leite. *Rev Hig Aliment.* 2004; 18(122):85-8.
28. Yamaguchi K. Human T-lymphotropic virus type I in Japan. *Lancet.* 1994; 343:213-6.
29. Cooper SA, Loeff MS, Taylor GP. The neurology of HTLV-1 infection. *Pract Neurol.* 2009;9:16-26.
30. Pouliquen JF, Hardy L, Lavergne A, Kafiludine E, Kazanji M. High seroprevalence of human T-cell lymphotropic virus type 1 in blood donors in Guyana and molecular and phylogenetic analysis of new strains in the Guyana shelf (Guyana, Suriname, and French Guiana). *J Clin Microbiol.* 2004; 42:2020-6.
31. Kwok S, Gallo D, Hanson C, McKinney N, Poesz B, Sninsky JJ. High prevalence of HTLV-II among intravenous drug abusers: PCR confirmation and typing. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 1990; 6(4): 561-5.
32. Catalan-Soares B, Carneiro-Proietti AB, Proietti FA. Interdisciplinary HTLV Research Group. Heterogeneous geographic distribution of human T-cell lymphotropic viruses I and II (HTLV-I/II): serological screening prevalence rates in blood donors from large urban areas in Brazil. *Cad. Saude Publica.* 2005; 21:926-31.
33. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Bancos de Leite Humano [Internet]. [citado em 14 jan. 2019]. Disponível em: https://producao.redeblh.iciet.fiocruz.br/portal_blh/blr_brasil.php

Envio: 26/02/2019
Aceite: 12/04/2019

UM OLHAR ANTROPOLÓGICO PARA O COMPORTAMENTO DE AUTOEXTERMÍNIO NO BRASIL

AN ANTHROPOLOGICAL VIEW AT THE BEHAVIOR OF SELF-EXTERMINATION IN BRAZIL

UNA MIRADA ANTROPOLÓGICA PARA EL COMPORTAMIENTO DE AUTOEXTERMÍNIO EN BRASIL

Tiago Moreno Lopes Roberto*, Kazuo Kawano Nagamine**, Reinaldo de Carvalho***, Lúgia Maria da Silva****, Marisa Cavalcante Diegues Nara*****

Resumo

Introdução: Os comportamentos de autoextermínio na modernidade têm promovido uma nova reflexão sobre as questões que induzem o comportamento suicida. Essas informações criam um ambiente propício às discussões sobre temas contundentes gerados não apenas por questões de ordem psicológica e/ou física, como também por preceitos religiosos presentes em cada cultura. **Objetivo:** Apresentar dados teóricos de publicações sobre os temas suicídio e atualidades no contexto biopsicossocial brasileiro. **Material e Método:** Trata-se de um estudo qualitativo de revisão narrativa com base em dados eletrônicos coletados em ambiente virtual, artigos e livros que contemplam os temas propostos. **Resultados:** A partir do levantamento bibliográfico frente a temática do suicídio e o contexto biopsicossocial, três temáticas foram construídas: contexto cultural, contexto religioso e contexto psicológico. Culturalmente, o suicídio é visto como algo errado na atualidade da sociedade brasileira, assim como no contexto religioso é visto como "pecado". Já no contexto psicológico o suicídio passa a ser analisado como parte do sofrimento humano. O jogo "A Baleia Azul" e as formas de detecção de comportamentos de risco são parte integrante da presente pesquisa. **Conclusão:** É necessário perceber que o ser humano não é apenas um ser biológico, mas biopsicossocial e cujos pensamentos encontram-se em constante evolução.

Palavras-chave: Bioética. Autoextermínio. Comportamentos de risco.

Abstract

Introduction: The behaviors of self-extermination in modern life have promoted a new reflection about questions that could induce suicidal behavior. This information creates an environment for discussions about strong themes generated not only by psychological and/or physical issues, but also by religious precepts in each culture. **Objective:** To present theoretical data releases on suicide issues and updates in the Brazilian biopsychosocial context. **Material and Method:** Is a qualitative study of narrative review based on electronic data collected in a virtual environment, articles and books that contemplate the proposed themes. **Results:** From the bibliographical survey on the theme of suicide and the biopsychosocial context, three themes were constructed: cultural context, religious context and psychological context. Culturally, suicide seen as something wrong in currently Brazilian society, just as in the religious context it seen as "sin". In the psychological context, suicide begins to be analyzed as part of human suffering. The game "The Blue Whale" and the forms of detection of risk behaviors are an integral part of this research. **Conclusion:** It is necessary to realize that the human is not only biological, but biopsychosocial and the thoughts are constantly evolution.

Keywords: Bioethics. Self-extermination. Risk behaviors.

Resumen

Introducción: Los comportamientos de auto exterminación en la modernidad han promovido una nueva reflexión sobre las cuestiones que inducen el comportamiento suicida. Estas informaciones crean un ambiente propicio a las discusiones sobre temas contundentes generados no sólo por cuestiones de orden psicológico y/o físico, sino también por preceptos religiosos presentes en cada cultura. **Objetivo:** Presentar datos teóricos de publicaciones sobre los temas suicidio y actualidad en el contexto biopsicossocial brasileño. **Material y Método:** Se trata de un estudio cualitativo de revisión narrativa basada en datos electrónicos recogidos en ambiente virtual, artículos y libros que contémpen los temas propuestos. **Resultados:** A partir del levantamiento bibliográfico frente a la temática del suicidio y el contexto biopsicosocial, tres temáticas fueron construidas: contexto cultural, contexto religioso y contexto psicológico. Culturalmente, el suicidio es visto como algo mal en la actualidad de la sociedad brasileña, así como en el contexto religioso es visto como "pecado". En el contexto psicológico el suicidio pasa a ser analizado como parte del sufrimiento humano. El juego "La Ballena Azul" y las formas de detección de comportamientos de riesgo son parte integrante de la presente investigación. **Conclusión:** Es necesario percibir que el ser humano no es sólo un ser biológico, sino biopsicosocial y cuyos pensamientos se encuentran en constante evolución.

Palabras clave: Bioética. Auto exterminio. Comportamientos de riesgo.

*Mestre em Psicologia e Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto-SP. Contato: tiagomorenolopes@hotmail.com

**Doutor em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto-SP. Contato: kazuo@famerp.br

*** Mestre em Ciências (UNIFESP). Contato: reinaldopq@yahoo.com.br

**** Especialista em Gestão Empresarial (FGV). Contato: p_sicoli@hotmail.com

***** Especialista em Produção e Análise de Textos sob Perspectivas Linguísticas e Literárias (UNIFEV). Contato: marisa_nara@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Com base nos aspectos culturais, a ética é relacionada ao modo de agir e ao bem-estar da comunidade. O conceito de ética é derivado da palavra grega *éthos*, cujo significado literal é “caráter moral”, ou seja, descreve o conjunto de hábitos e/ou crenças de um determinado povo ou nação. O termo também é utilizado no âmbito sociológico e antropológico como os costumes e traços comportamentais que fazem a distinção entre os povos. O *éthos* também pode externar valores característicos de movimentos culturais. Com a desconstrução dos princípios metafísicos se fortalece o conceito ético de homem ocidental, cujos padrões estão pautados em uma ordem pré-instalada, na qual se busca um estilo de vida mais harmonioso que permite ao indivíduo ser capaz de adquirir bons “costumes”, tanto no espaço coletivo como individual¹.

A busca pela perfeição, ou ideais desta, está ligada aos conceitos éticos, configurando-se por intermédio de atitudes virtuosas quando o ser humano passa a ser solidário, pensando de forma coletiva, não apenas em si mesmo, mas no interesse comum, combatendo seu egoísmo em busca de uma integralidade ou bem de todos².

Assim, é possível refletir sobre o fato de que os conceitos éticos estão ligados diretamente a nossas condutas privadas e coletivas, dando seguimento às regras e leis que são pré-estabelecidas e seguidas para que exista uma harmonia entre seus interesses. A ética nos protege de uma série de situações que podem afetar o ser humano negativamente, preservando seus direitos em diversos contextos como saúde física, integridade psicológica e ambiente social.

Uma das áreas que tem refletido sobre os conceitos éticos e bioéticos nos últimos tempos é a Psicologia da Saúde, a qual busca métodos e trabalha com reflexões sobre as psicopatologias, com a intenção de poder mudar ou melhorar a condição de vida dos portadores de transtornos mentais e outras doenças que não só englobam as questões psicológicas como também sociais e o biológicas. Atualmente, por meio da análise dos conceitos éticos e bioéticos, a Psicologia, com foco multidisciplinar, aborda assuntos controversos e de difícil resolução, como o processo de morte e morrer, e o suicídio³.

Os altos índices de suicídio, ou autoextermínio, têm provocado certo espanto nas últimas décadas, não apenas pelo aumento de sua incidência, como também por suas variadas formas de consumação. O suicídio se encontra entre as dez principais causas de óbito no mundo, principalmente entre os jovens, o que gera impacto social e econômico⁴. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁵, 3 mil pessoas por dia se suicidam no mundo. Para a OMS⁶, a maioria dos mais de 1,1 milhão de suicídios a cada ano poderia ser prevista e evitada, e para 2020 estima-se que 1,5 milhão de pessoas cometerão suicídio. O Brasil é o oitavo país em número de suicídios entre os Estados membros da OMS, com média de 24 suicídios/dia⁴.

Sua complexidade e os fatores envolvidos afetam todo o contexto daquele que intenta tirar a própria vida, visto que atinge familiares, amigos e pessoas do seu convívio social. Para compreender melhor esse fenômeno, tão desastroso em algumas culturas, é necessário conhecer as variáveis às quais está relacionado, sendo elas patológicas ou simplesmente a ausência do desejo de querer viver³.

De acordo com alguns estudiosos⁷, pode-se entender a vida como absurda, como uma bolha vazia no mar do nada e ainda existe o questionamento quanto a sua continuação após a morte. Assim, o suicídio é visto como um comportamento que destrói o poder de liberdade do ser humano, acaba com seus sonhos, planos e desejos e encerra seu raciocínio; além de ser visto como o fracasso da coragem, o escapismo existencial, sendo o comportamento do autoextermínio analisado como uma postura “absurda”, um comportamento inadequado ou até mesmo um ato de covardia, pois se adota o conceito no qual a vida está acima de qualquer valor; sendo assim, se pré-determina a ausência do direito pela morte⁷.

Siqueira-Batista e Schramm⁸ veem que a morte tem sido ultimamente um assunto delicado quando se trata de contestar e/ou discutir, pois vai contra os princípios existenciais da vida; por conta disso, acaba sendo adotado um comportamento de esquiva, no qual o assunto é envolto em uma circunstância de grande receio ou até mesmo faz com que se torne um tabu.

Os seres humanos tratam a morte como um evento não apenas físico, pois os aspectos religiosos e espirituais são inerentes a ela. Os seres humanos em um período

mais primitivo faziam uso de substâncias que facilitavam a morte e amenizavam as dores, e tais drogas e bebidas eram administradas pelos curandeiros. Pesquisas mostram, igualmente, que a utilização de potentes venenos era uma prática que visava o auxílio na passagem da vida para a morte, o que deixa claro que o ato de retirar a própria vida, ou auxiliar em tal processo, está nas culturas mais primitivas da nossa existência humana. Sendo assim, alguns comportamentos eram praticados por autoridades que combinavam tal conduta com poderes religiosos⁹.

No Império Inca, o suicídio também fazia parte de constantes rituais e era considerado uma prática comum. Nesses eventos, crianças entre 6 e 15 anos de idade eram levadas para o alto de montanhas sagradas, com vestes diferenciadas, e lá eram mortas por estrangulamento ou golpes no crânio. Antes da consumação do ato de morte, durante o ritual, as crianças e jovens eram anestesiados com álcool ou folhas de coca. É possível classificar esse ato como homicídio; porém, antropólogos relatam que nesses rituais a maioria das pessoas era voluntária e que, embora fossem adolescentes ou crianças, todos eram informados sobre o ato de morrer¹⁰.

Já os cristãos no século II d.C. demonstravam a preocupação com os mais carentes que estivessem no final de suas vidas para que estes, por conta do sofrimento e da dor, não cometessem o suicídio. Tempos depois, Santo Agostinho, com toda sua influência, posiciona-se contrário ao ato de tirar a própria vida, argumentando que a dor deve ser superada e que somente a Deus pertence o poder da morte. Para os membros do clero, uma boa morte era gerada por meio dos cuidados de uns para com os outros e pelas muitas orações que faziam⁹.

É notório que o ato de suicídio está intimamente ligado, em algumas culturas, aos aspectos religiosos e crenças pré-estabelecidas, transmitidas por gerações, de pai para filho; também é possível constatar que o ato era cometido não apenas por pessoas adultas, mas também por crianças e jovens, enfatizando o poder cultural e místico das crenças que sustentavam tais comportamentos.

Os conceitos referentes a quem é o ser humano são incertos e mutáveis, variando de acordo com o momento histórico, e geram muitos debates em diversas áreas. Então, refletir sobre bioética é pensar no indivíduo sem deixar de considerar que o homem é também um ser espiritual, e incluir suas práticas religiosas permite

mapear e compreender melhor questões antropológicas que são altamente relevantes para o desenvolvimento da bioética nas reflexões sobre a saúde; é possível dizer que se trata de um paradigma antropológico biopsicossocial-espiritual, não se tratando de um modelo dualista, mas sim considerando suas dimensões¹¹.

Por todas essas questões e eventos que estão relacionados ao ato do suicídio ou autoextermínio, por meio desta pesquisa bibliográfica é possível compreender melhor os estigmas e a própria história, além da visão que existe hoje no que se refere ao suicídio no território brasileiro, relacionando os dados antropológicos com os conceitos teóricos e religiosos, éticos e a bioética, gerando outros caminhos para iniciar novos debates, além da quebra de estigmas relacionados a esse assunto tão delicado e controverso que é o "suicídio".

Dessa forma, o objetivo do presente estudo é apresentar dados teóricos de publicações sobre o tema suicídio e atualidades no contexto biopsicossocial brasileiro em busca de novos subsídios e perspectivas quanto ao ato de tentativas de suicídio em uma análise da bioética no Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo de revisão narrativa, na qual é possível discutir e aprofundar-se sobre determinado assunto. A revisão narrativa propicia análise ampla da literatura, a qual não exige uma metodologia rigorosa no que se refere a reprodução de dados e/ou respostas quantitativas¹². No entanto, para a atualização do conhecimento sobre determinada temática faz-se fundamental, visto que novas ideias e subtemas passam a receber ênfase de acordo com a literatura selecionada¹³.

Segundo Salomon¹⁴, a pesquisa bibliográfica deve conter várias pesquisas, levantamentos bibliográficos, uma consulta ampla em bibliotecas, revistas, artigos e museus. Para que se possa iniciar um trabalho, as ideias fundamentais dos autores devem ser dirigidas ao assunto a que se propõe pesquisar, gerando novas reflexões e debates sobre o tema, que sejam úteis tanto para o pesquisador quanto para a produção científica.

Um dos principais questionamentos é o que tem sido produzido no âmbito científico brasileiro sobre o comportamento humano de autoextermínio e seus fatores proximais e distanciais nos últimos dez anos.

Foram empregados, isolados ou de forma combinada, sem delimitar um intervalo temporal, os termos ou descritores: autoextermínio, suicídio no Brasil, suicídio e fatores biopsicossocial. O critério utilizado para inclusão dos materiais buscados foi por intermédio do resumo contido no ambiente de hospedagem e as expressões utilizadas ou as palavras de busca.

Inicialmente, foi conduzida a leitura dos resumos dos artigos e livros recuperados por meio da busca nas bases de dados. Após, foi realizada leitura completa dos mesmos. Como eixos de análise, buscou-se inicialmente classificar os estudos quanto às particularidades da amostragem. A partir daí, prosseguiu-se com a observação das características gerais dos artigos e livros, seguida de seus objetivos. Especificamente, para analisar a produção científica identificada, não se utilizaram técnicas qualitativas e/ou quantitativas específicas de tratamento de dados, tendo sido feita a análise de cada um dos textos e reflexão referente aos mesmos. A presente análise caracterizará um conjunto de comunicações para uma interpretação final¹⁵.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Para apresentar os artigos relacionados ao suicídio e atualidades no contexto biopsicossocial brasileiro, de acordo com a amostragem, os mesmos foram direcionados dentro de três temáticas: cultural, religiosa e psicológica.

No que se refere à questão cultural, de acordo com Laraia¹⁵, o ser humano carrega uma herança cultural de gerações, pela qual seu comportamento foi condicionado a reagir de forma negativa ou até mesmo punitiva, em relação àqueles que agem fora dos padrões morais aceitos pela maioria da sociedade. Esse condicionamento pode ser comparado a uma série de comportamentos presentes na mídia atual e até mesmo aqueles encarados como preconceituosos no cotidiano, considerados crimes passíveis de pena, como por exemplo, a homofobia; é possível, por intermédio de tais constatações, verificar que a cultura brasileira ainda se encontra impregnada de padrões e conceitos negativos de uma herança que trata relações que deveriam ser igualitárias como situações nocivas e inconvenientes.

No que se refere ao suicídio, há dificuldades quanto a definição conceitual e também na elaboração de um modelo sociocultural que possa explicá-lo. Referir-se

ao suicídio é traduzi-lo como o ato deliberado de tirar a própria vida. Apesar de existir uma variedade de definições conceituais e diferentes modelos que tentam explicar unidimensionalmente as condutas suicidas, o suicídio é compreendido como um comportamento de intencionalidade autodestrutiva, que inclui a intenção suicida e o suicídio consumado¹⁶.

Nos EUA, há o suicídio assistido, sugerido para a população idosa. Essa proposta surgiu após relatos não apenas de idosos, mas também de pessoas com doenças terminais ou muito graves que foram mantidas vivas por meio de alta tecnologia e procedimentos médicos contra sua vontade. O suicídio assistido se distingue radicalmente por ser uma eutanásia assistida por profissionais médicos, e foi descriminalizado para se tornar um direito do cidadão americano. Não obstante a conotação negativa que tal prática ainda detém, esta é vista como um direito ético, muito embora existam controvérsias no que se refere a essa liberdade, pois existe o temor de que isso possa gerar o mau uso desse poder letal, abrindo-se precedentes para que a vida seja julgada por terceiros⁹.

Na Holanda, em novembro de 2000, foi sancionada a lei que legalizou a eutanásia naquele país. Nessa perspectiva, a eutanásia passou a ser direito e decisão do paciente, que não precisa necessariamente estar em estado terminal ou de sofrimento insuportável. Logo depois disso, em 2002, a Bélgica também aprovou a eutanásia, porém o procedimento só pode ser realizado por um médico mediante a conscientização e aprovação do paciente, tanto sobre o processo em si quanto aos procedimentos adotados para tal finalidade, e somente quando este está em processo de dor constante e insuportável, sendo ela de ordem física ou psicológica, e estar em fase terminal⁹.

No Brasil, segundo Pinheiro¹⁷, ao analisar algumas vertentes em um determinado município no sul do país, foi possível compreender o ato de suicídio como fenômeno que está ligado às relações entre indivíduo e sociedade; as naturezas iniciais do fenômeno estão associadas as suas experiências sociais em diversos contextos e ambientes, como trabalho, família, relações afetivas e religiosas.

Cotidianamente podem ser vistos casos de suicídios que são consumado sem público, de forma brutal e chocante; no entanto, sabe-se que, muitas vezes, o ato de tirar a própria vida é cometido a sós e em segredo. Independentemente da forma escolhida para tal fim,

o suicídio sempre vem a público, divulgado por um dos vários meios de comunicação, por exemplo: jogou-se do apartamento e seu corpo ficou estendido na rua; isso permite compreender que houve uma comunicação que transita de questões individualizadas para territórios públicos sociais, fazendo desse ato uma espécie de palco para seus espectadores¹⁸.

Pesquisa realizada na comunidade indígena brasileira Sorowaha identificou o ato do suicídio como algo naturalizado e estabelecido com frequência na cultura. Porém, não se pode deixar de olhar para os avanços e fenômenos gerados pelas transformações sociais e políticas que afetam essa cultura; o processo de individualização das comunidades, gerado pela influência capitalista, faz do ato do suicídio um fenômeno que une os integrantes com sua crença; os eventos públicos passam a ser transformadores de caráter expressivo para o aumento do comportamento suicida. Sendo assim, a cultura e o processo de caracterização com seu meio social passam por transformações para as quais a população não está adaptada; eventos que fazem entrar em contato com experiências vulneráveis, modificando e intervindo negativa ou positivamente em seu modo de pensar e agir¹⁹.

Dessa forma, há processos socioculturais implícitos na construção do ato de autoextermínio, como o próprio suicídio em si e a interpretação social advinda do mesmo, ato este que se manifesta de maneira individual, mas que se constrói e reconstrói em uma intercomunicação socioindividual. As concepções populares sobre o suicídio traduzem a conduta suicida como sinônimo de conduta intrépida, ou seja, como ato de coragem. Para uma abordagem científica, o suicídio é compreendido como um ato no qual múltiplas considerações se manifestam em seu caráter multicultural. Como consequência disto, estão as dificuldades diante de sua prevenção e de seu controle, visto que se deve levar em conta a especificidade cultural dos contextos de atenção¹⁶.

Quanto à questão religiosa, em todas as épocas, primitivas ou atuais, esses eventos ligados à morte têm sido alvo de novos questionamentos. O homem primitivo evolui, adquire o discernimento e, mesmo assim, a busca pela morte ainda se faz presente em todos os locais do planeta, utilizando-se do argumento que for para subsistir. O espanto e preocupação gerados por tal constatação não

facilitam a discussão e o debate sobre o assunto, devido aos diferentes aspectos culturais de cada país.

O Brasil, apesar da diversidade religiosa da população, apresenta a maior nação católica do mundo, com 74% da população brasileira como adeptos, 15,4% evangélicos e 1,3% espíritas²⁰. Assim, predomina o cristianismo e, conseqüentemente, os valores culturais e existenciais são pautados pelos preceitos dessa crença. A cultura religiosa brasileira tem herança portuguesa, pois, segundo Sousa²¹, o cristianismo engloba 90% da população, divididos entre católicos e protestantes.

Segundo Bteshe et al.²⁰, Durkheim foi o primeiro sociólogo, antropólogo, cientista político, psicólogo social e filósofo que iniciou estudos sobre o impacto da religião no suicídio. Além disso, relata que os três grandes monoteísmos (islamismo, judaísmo e cristianismo) repudiam o suicídio.

O cristianismo condena veementemente todo e qualquer tipo de comportamento que possa, de alguma forma, comprometer a vida e colocar em risco a existência humana. Nesse contexto, entende-se a vida como uma dádiva de Deus e, como tal, é sagrada; aos homens não foi dado o direito de tirar ou auxiliar na cessação daquilo que não lhes pertence, mas ao criador, o único que pode aliviar as dores do corpo e da alma, além de exercer seu poder divino de conceder e retirar a vida. Partindo dessa suposição, a prática das atividades assistenciais funciona como uma forma de agradar ao ser divinal que poderá, mediante tais procedimentos, aliviar as dores e sofrimentos da humanidade²².

Tais conceitos culturais existentes no Brasil hoje promovem uma visão e autovalorização da vida, que questiona o direito inerente ao ser humano de gerir a vida, rompendo com os princípios mais contundentes da religiosidade²³, sendo a condenação do suicídio conectada ao quinto mandamento bíblico "não matarás"²².

Já no judaísmo, remete-se à contrariedade quanto ao ato de autoextermínio na proibição de enterrar as vítimas de suicídio seguindo as cerimônias da tradição judaica, sendo realizada inclusive em área separada no cemitério. Quanto ao islamismo, nos ensinamentos do Alcorão há trechos que afirmam que o único que pode conceder a morte é Alá e essa não pode ser premeditada por si próprio. Apesar disso, muitos muçulmanos têm a crença de que alguns sacrifícios são necessários para que

tenham acesso ao “paraíso”, como o grupo *wahabbis* e os chamados homens-bomba²².

Correlacionando os fenômenos do ato suicida com questões e princípios éticos fundamentados na cultura cristã, em atitudes e comportamentos virtuosos não particulares, mas sim sociais e públicos, entende-se que essa relação de morte e público também aborda o desejo que o suicida tem de transmitir uma mensagem para determinado público, incógnitas e até mesmo provocar reflexões sobre o porquê do ato de morte, autoquestionamento entre familiares, vizinhos e outros conhecidos, estabelecendo-se uma relação entre pensamento e sentimento de culpa. Ter coragem de conceber e realizar o seu desejo de morte pode ser visto e compreendido como um ato de coragem para o suicida, porém é um ato espantoso e brutal em uma sociedade que preza por cuidados médicos e psicológicos.

Com relação à questão psicológica, segundo Vieira e Coutinho²³, não há circunstância ou acontecimento que possa prever o suicídio, no entanto, há algumas questões que podem tornar os indivíduos mais propensos a cometer o ato de autoextermínio, como os transtornos mentais. O transtorno depressivo é apontado como responsável pela maioria dos suicídios que ocorrem no mundo, sendo o comportamento suicida relacionado com sintomas específicos da depressão como o prejuízo da autoestima, sentimentos de desesperança, de incapacidade frente aos problemas e inutilidade. Tanto o fenômeno da depressão como do suicídio se fazem presentes na sociedade atual, e acometem pessoas em todos os espaços sociais, idade, sexo, ou classe socioeconômica, sendo considerado um problema de saúde pública.

De acordo com Oliveira e Amaral²⁴, a questão de morte e morrer na sociedade justifica que a estrutura em que a mesma se organiza existe apenas na morte e para a morte, sendo este um indicador essencial. Ou seja, no ser humano encontra-se o antagonismo entre querer viver e morrer ao mesmo tempo, esses desejos antagônicos e complementares, por um lado justificam o suicídio como sendo “a morte de si mesmo por ação do próprio, perante a qual o sujeito vacila, querendo viver e morrer ao mesmo tempo”²⁴.

Kovacs²⁵, professora associada ao instituto de Psicologia da USP e coordenadora do Laboratório de estudos sobre a morte, trouxe uma nova reflexão sobre

o tabu relacionado à morte na atualidade. “Em 2017, no Brasil, nos últimos meses, um dos assuntos mais comentados e discutidos em mídia virtual se tornou alvo de debates e relevância na saúde pública, iniciado pela divulgação e popularização de um jogo chamado “Baleia Azul” e a série da NETFLIX - (*Thirteen reasons why*). O assunto polêmico acerca do suicídio passou a ser de interesse e relevância de familiares, professores e alunos; foi possível notar que a busca por ajuda aumentou de forma significativa as consultas ao Centro de Valorização da Vida (CVV) para poder falar e conversar sobre seus sentimentos²⁵.

É possível concluir que abordar o assunto em âmbito nacional tem gerado maiores cuidados para aqueles que estão em situação de maior vulnerabilidade e exposição a riscos, pais e professores estimularam a necessidade de conversar com seus filhos e, por conta disso, alguns comportamentos de risco como isolamento social entre outros foram detectados, criando formas de dialogar sobre a valorização da vida.

Fazer a interface entre o sujeito que tem valores e crenças instaurados permite o surgimento de psicólogos, sociólogos, antropólogos, na fantástica busca por uma análise cautelosa de nossa cultura, as transformações sofridas ao longo dos eventos tecnológicos e avanços científicos, e o quanto ainda resta de influência ancestral que, mais do que serem apenas situações que influenciam pensamentos e decisões, são relações que nos diferenciam entre o eu e o outro, singularidade e particularidades pré-estabelecidas que constroem o ser humano.

CONCLUSÃO

Debater e abrir diálogo sobre suicídio no âmbito brasileiro ainda geram muitos impasses e receios, como o medo da desordem ser instalada e aproximada com o aumento de suicídio. O comportamento de autoextermínio vai contra os valores “virtuosos” do brasileiro, e a exposição da temática e promoção de debates e busca de soluções se torna mais complexa quando o tabu está instaurado, analisando o evento de morte provocada como a pior atitude que alguém pode cometer, um ato sem perdão na sociedade cristã brasileira. Também a ausência de diálogo entre profissionais da saúde com o tema ainda demonstra o tabu do contágio, acreditar-se que verbalizar ou abrir sobre a temática pode gerar maior número de tentativas

de suicídio.

Ser imparcial nesta comunicação e atribuição de um novo olhar pode ser um começo para a liberdade e valorização de alguns comportamentos e fatores psicológicos que, muitas vezes, professores e familiares atribuem como algo natural, inerente do comportamento e atitudes do adolescente e do adulto, geralmente por acreditarem que fazem parte da personalidade dos mesmos. Compreender esse fenômeno é buscar entender o sentimento daquele que está em estado de sofrimento levando em conta seus valores culturais.

Acreditar que a quebra de estigmas é a melhor forma de intervir contra a falta de informação no contexto cultural do Brasil permite refletir sobre ações para avanços éticos que garantam a comunicação e compreensão de um fenômeno pouco citado, sem influência de valores. Assim, também é papel das comunidades científicas e não científicas criarem uma metodologia para o conhecimento dessas variações do fenômeno de uma cultura para outra, sabendo identificar o que é apropriação cultural aprendida e o que é um comportamento caracterizado como doença e/ou fenômeno produzido como consequências de uma situação negativa, bem como outros fatores psicológicos.

Conclui-se, então, que os dados analisados no âmbito brasileiro nos últimos dez anos sobre o suicídio ainda são poucos, diante dos demais assuntos estudados no âmbito da bioética e outras ciências na área de humanas; é possível compreender que os dados teóricos na ciência antropológica fortalecem o entendimento da nossa cultura e o fenômeno suicídio, além do quanto ainda somos fruto de uma história marcante de uma colonização que instaurou valores éticos que estão se desenvolvendo até hoje e, finalmente, perceber que o sujeito "homem" não é apenas um ser biológico, mas sim biopsicossocial, e que se encontra em constante evolução de pensamentos, sejam estes contrários ou favoráveis a determinado comportamento.

REFERÊNCIAS

1. Rocha Z. Ética, cultura e crise ética de nossos dias. *Síntese Rev Filosofia*. 2007; 34(108):115-31.
2. Jacques MDGC, Nunes MLT, Bernardes NMG, Guareschi PA. *Relações sociais e ética*. Rio de Janeiro, RJ: Centro Edelstein; 2008.
3. Torres WdC. A bioética e a psicologia da saúde: reflexões sobre questões de vida e morte. *PRC*. 2003; 16:475-82.
4. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MCS. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22(9):2841-50.
5. World Health Organization. Mental health home: suicide data [Internet]. 2012 [citado em 26 maio 2018]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en
6. Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Mental. Transtornos mentais e comportamentais. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. [Internet]. 2000 [citado em 16 nov. 2018]. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf
7. Santos FR, Couto FP, Oliveira LP, Negrão RG, Borges RA. Suicídio: visão filosófica, biológica e religiosa. [Internet]. 2009 [citado em 18 jan. 2018]. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/suicidio-visao-filosofica-biologica-e-religiosa/14102>
8. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9:31-41.
9. Drane J. *Bioética, medicina e tecnologia: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano*. São Paulo: Edições Loyola; 2005.
10. Riviera GHA. Suicídio: consideraciones históricas. *Rev Méd La Paz* [Internet]. 2015 [citado em 17 jan. 2018]; 21(2):91-8. Disponível em: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012&lng=es
11. Leo Pessini WSH. Visão antropológica e bioética. *Rev Bioethikos*. 2014; 8(1):7-10.
12. Vosgerau DSAR, Romanowski JP. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Rev Diálogo Educ*. 2014; 14(41):165-89.
13. Elias CSR, Silva LA, Martins MTSL, Ramos NAPR, Souza MGG, Hipólito RL. Quando chega o fim? Uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2012; (8)1:48-53.
14. Salomon DV. *Como fazer uma monografia*. 12ª. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2010.
15. Laraia RB. *Cultura um conceito antropológico*. 14ª. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 2001.
16. García JEGA, Montoya RQ, Loyo LMS, López TM, Gaitán JIC. Consenso cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes. *Rev Colomb Psicol*. 2011; 20 (2):167-79.
17. Pinheiro CL. Último ato? Estudo sobre a prática do suicídio em um município ao sul do Brasil [dissertação]. Curitiba, PR: Departamento de Antropologia Programa de Pós-graduação em Antropologia Social/UFRP; 2007. [citado em 16 abr. 2018]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/rotascriticas/artigos/Narrativas%20%20Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
18. Marquetti FC. O suicídio e sua essência transgressora. *Psicologia USP*. 2014; 25:237-45.
19. Poz JD. Crônica de uma morte anunciada: do suicídio entre os Sorowaha. *Rev Antr*. 2000; 43:89-144.
20. Bteshe M, Oliveira VM, Clébicar T. Suicídio na literatura religiosa: o kardecismo como fonte bibliográfica privilegiada. *RECIIS Rev Eletr Com Inf Inov Saúde* [Internet]. 2010 [citado em 24 mar. 2018]; 4(3):37-50. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/662/1310>

21. Sousa RF. Religiosidade no Brasil. *Estud Av.* 2013; 27(79):285-8.
22. Salles WA. Hermenêutica textual de Paul Ricœur: aportes à compreensão da identidade cristã. *A Teo.* 2012; 16(41):242-69.
23. Vieira KFL, Coutinho MPL. Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. *Psicol Ciênc Prof.* 2008; 28(4):714-27.
24. Oliveira A, Amaral V. A análise fatorial de correspondências na investigação em psicologia: uma aplicação ao estudo das representações sociais do suicídio adolescente. *Anál Psicol.* 2007;2(25):271-93.
25. Kovacs MJ. Suicídios: tantos porquês. [Internet]. 2007 [citado em 16 abr. 2018]. Disponível em: <https://jornal.usp.br/artigos/suicidios-tantos-porques/>

Envio: 16/04/2018

Aceite: 12/07/2018

ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DE NEUROPATIA PERIFÉRICA EM PACIENTES DIABÉTICOS

ELABORATION OF A PROTOCOL FOR PERIPHERAL NEUROPATHY INVESTIGATION IN DIABETIC PATIENTS

ELABORACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN DE NEUROPATÍA PERIFÉRICA EN PACIENTES DIABÉTICOS

Beatriz Brandão Vasco*, Claudia Ferraz*, Gabriela Voltolini Alves*, Gabriel Teixeira Cagnin*, Thais Mika Mizuno*, Eliana Gabas Stuchi-Perez**

Resumo

Introdução: A neuropatia distal diabética é uma das principais complicações do diabetes mellitus, acometendo metade dos pacientes com diabetes, e pode ser causa de deformidades, úlceras e amputações. Mais de 70% dos pacientes com pé diabético apresentam neuropatias. A investigação e o reconhecimento precoce da presença da neuropatia distal diabética são importantes, pois permitem detectar pacientes que apresentam neuropatia distal diabética, que podem evoluir para úlcera e/ou amputação. **Objetivo:** Elaborar instrumento para investigar e determinar a presença de NDD através de questionário e exame clínico em pacientes diabéticos a serem atendidos no ambulatório do Hospital-Escola Emílio Carlos (HEEC) e naqueles atendidos durante campanhas de esclarecimentos, por médicos e enfermeiros, e por estudantes de Medicina e de Enfermagem. **Método:** Foram levantadas e selecionadas referências para composição de questionário e avaliação neurológica. **Resultados:** O protocolo contém questionário, observação do pé e avaliação neurológica. Este foi realizado incluindo aplicação do Escore de Sintomas Neuropáticos e do Escore de Comprometimento Neuropático, teste de sensibilidade protetora com Monofilamento de 10 g, palpação dos pulsos pedioso e tibial posterior, além da classificação de risco. O protocolo foi aplicado em 14 pacientes. Cerca de 70% dos pacientes apresentaram neuropatia periférica. **Conclusão:** A presença de neuropatia diabética teve alta prevalência nesta amostra. O presente protocolo serve para busca ativa da neuropatia distal diabética e consequente orientação, ante a necessidade de divulgação desta prática entre profissionais de saúde, profissionais e alunos das áreas de Enfermagem e Medicina. Assim, estes devem ser treinados para o exame rotineiro dos pés como forma de prevenção de úlceras e amputações.

Palavras-chave: Complicações do diabetes. Neuropatias diabéticas. Pé diabético. Amputação. Educação pré-médica.

Abstract

Introduction: Diabetic distal neuropathy is one of the main complications of diabetes *mellitus*, affecting half of the patients with diabetes, and can be a cause of deformities, ulcers and amputations. More than 70% of patients with diabetic foot present neuropathies. The screening and the early recognition of the presence of diabetic distal neuropathy are important because they allow the detection of diabetic distal neuropathy patients, who may progress to ulcer and / or amputation. **Objective:** To develop an instrument to investigate and determine the presence of NDD through a questionnaire and clinical examination in diabetic patients to be treated at the Hospital-Escola Emílio Carlos (HEEC) outpatient clinic and in those attended during enlightenment campaigns by doctors and nurses, and by medical and nursing students. **Method:** Questionnaire composition and neurological evaluation were collected and selected. **Results:** To protocol includes questionnaire, foot observation and neurological evaluation. This was done with the application of the Neuropathic Symptom Score and the Neuropathic Compromising Score, a 10 g Monofilament protective test, palpation of the pedal and posterior tibial pulses, as well as the risk classification. The protocol was applied in 14 patients. About 70% of the patients had peripheral neuropathy. **Conclusion:** The presence of diabetic neuropathy had a high prevalence in this sample. The present protocol is for the active search of diabetic distal neuropathy and consequent orientation, in view of the need to disseminate this practice among health professionals, professionals and students of the Nursing and Medicine areas, so they should be trained for the routine examination of the feet as a form of prevention of ulcers and amputations.

Keywords: Diabetes complications. Diabetic neuropathies. Diabetic foot. Amputation. Premedical education.

Resumen

Introducción: La neuropatía distal diabética es una de las complicaciones principales de la diabetes *mellitus*, afectando a la mitad de los pacientes, y puede ser una causa de deformidades, úlceras y amputaciones. Más del 70% de los pacientes con pie diabético tienen neuropatías. La investigación y el reconocimiento precoz de la presencia de la neuropatía distal diabética son importantes, pues permiten detectar pacientes que presentan la neuropatía distal diabética, que pueden evolucionar hacia úlcera y / o amputación. **Objetivo:** Desarrollar un instrumento para investigar y determinar la presencia de NDD a través de un cuestionario y un examen clínico en pacientes diabéticos que serán tratados en la clínica ambulatoria del Hospital-Escola Emílio Carlos (HEEC) y en aquellos tratados durante las campañas de aclaración por médicos y enfermeras, y por estudiantes de medicina y enfermería. **Método:** Recopilamos y seleccionamos referencias para la composición del cuestionario y la evaluación neurológica. **Resultados:** El protocolo contiene un cuestionario, observación de pies y evaluación neurológica. Este estudio se llevó a cabo mediante la aplicación de la puntuación de Síntomas Neuropáticos y la puntuación de Compromiso Neuropático, prueba de sensibilidad protectora con Monofilamento de 10 g, palpación de los pulsos pediatos y tibial posterior, además de la clasificación de riesgo. El protocolo se aplicó a 14 pacientes. Cerca de 70% de los pacientes tenían neuropatía periférica. **Conclusión:** La presencia de neuropatía diabética tuvo alta prevalencia en esta muestra. Este protocolo sirve para buscar activamente la neuropatía distal diabética y la consecuente orientación, en la presencia de la necesidad de difundir esta práctica entre profesionales de la salud, profesionales y estudiantes en las áreas de enfermería y medicina, por lo que deben ser entrenados para el examen rutinario de pies como una forma de prevenir las úlceras y amputaciones.

Palabras clave: Complicaciones de la diabetes. Neuropatías diabéticas. Pie diabético. Amputación. Educación premédica.

* Acadêmicos do curso de Medicina do Centro Universitário Padre Albino ((UNIFIPA), Catanduva-SP.

**Médica graduada pela Universidade Estadual de Campinas, mestrado e doutorado em Clínica Médica pela Universidade Estadual de Campinas, título de Especialista em Endocrinologia e Metabolologia pela AMB e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolologia, docente da disciplina de Endocrinologia e Metabolologia do Curso de Medicina no Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP. Contato: elianagsperez@gmail.com

INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* (DM) é um grande problema de saúde pública e uma das grandes epidemias mundiais do século XXI. A crescente incidência e prevalência são atribuídas ao envelhecimento populacional e ao estilo de vida atual caracterizado por sedentarismo e maus hábitos alimentares que predisõem ao acúmulo de gordura corporal. Estima-se uma projeção de aumento de mais de 100% do ano de 2000 a 2030 em algumas regiões do mundo principalmente nos países subdesenvolvidos. No Brasil, estudos do final da década de 1980 mostraram prevalência de 7,6% na população acima de 30 anos, hoje estimada entre 9 e 12%¹⁻³.

A neuropatia é considerada uma das principais comorbidades relacionadas com o diabetes *mellitus* tipo 1 ou 2 (DM1 e DM2), no entanto ela pode se apresentar assintomática em uma parte significativa dos pacientes¹. A neuropatia diabética distal ou periférica (NDD) é definida como sintomas e sinais de neuropatia periférica em indivíduo diabético sem outras causas, sendo um diagnóstico de exclusão. No diagnóstico de NDD deve-se excluir causas como deficiência de vitamina B12 ou alcoolismo. Quando associada ao comprometimento vascular e até isquemia, a alteração neuropática (sensitiva, motora e autonômica) torna o pé dos diabéticos mais suscetível a ulcerações, lesões e infecções²⁻⁵. A NDD ocorre com igual frequência em pacientes com diabetes. Todavia, pode variar dependendo do grau do controle glicêmico e do tempo em que o paciente possui a diabetes⁴.

A NDD é uma forma frequente de neuropatia diabética (ND), pode ser dolorosa entre 10 a 20% na população diabética geral e 40 a 60% diante de NDD documentada, ainda assim pode estar subestimada: 12,5% dos pacientes não se queixam e 39,5% não recebem tratamento⁴.

Pacientes com DM1 há cinco anos ou mais e todos os pacientes com DM2 ao diagnóstico devem ser avaliados anualmente para NDD, por meio do histórico médico e testes clínicos simples. Estima-se que em torno de 50% dos pacientes podem apresentar sintomas de NDD, quando questionados, ou ter NDD estabelecida, por isto a recomendação de busca ativa³⁻⁵.

A investigação e o reconhecimento precoce da presença da NDD são importantes, pois permitem detectar pacientes que apresentam NDD, que podem evoluir para úlcera e/ou amputação. Além disso, pode-se reconhecer

pacientes sintomáticos com maior comprometimento neuropático, viabilizando tratamento sintomático, aumentando as chances de melhorar a qualidade de vida, bem como, reduzir possíveis sequelas^{3,5}.

As sequelas da NDD podem ser deformidades, úlceras e até amputações^{5,6}. A NDD é um pré-requisito para se desenvolver deformações e neuroartropatia de Charcot (complicações tardias da NDD). A síndrome do pé diabético aparece quando a NDD se associa a vários graus de doença vascular periférica arterial, estando presente úlcera e/ou infecções e/ou destruição de tecidos profundo dos pés. Mais de 70% dos pacientes com pé diabético apresentam neuropatias e 85% das amputações de membros inferiores em diabéticos são precedidas de úlceras. Tais complicações podem levar a amputação do pé causando problemas de cunho físico, psíquico e econômico para o paciente; também são preditores da mortalidade nessa população^{3,5,6}.

Alguns estudos brasileiros mostram que menos da metade dos pacientes diabéticos tiveram seus pés examinados no último ano. Além disso, apenas de 12% a 20% das vezes são examinados de maneira adequada. Não obstante, há evidências comprovadas de que o rastreamento da NDD e o fornecimento de serviços visando o cuidado com os pés podem reduzir as amputações dos diabéticos. Diante disso, métodos de prevenção e detecção precoce da NDD devem fazer parte de treinamento, envolvendo equipe multidisciplinar no nível de atenção da saúde primária, secundária e terciária^{5,7,8}.

OBJETIVO

O objetivo deste artigo foi elaborar instrumento para investigar e determinar a presença de NDD através de questionário e exame clínico em pacientes diabéticos a serem atendidos no ambulatório do Hospital-Escola Emílio Carlos (HEEC) e naqueles atendidos durante campanhas de esclarecimentos, por médicos e enfermeiros, e por estudantes de Medicina e de Enfermagem.

MATERIAL E MÉTODO

Foram levantadas fontes de referências relativas ao exame da NDD, para composição e adaptação de questionário e exame físico para avaliação neurológica. Um protocolo preliminar foi usado para aplicação.

Ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) foi enviado, em

2016, o protocolo preliminar com o projeto de pesquisa "Investigação de neuropatia periférica nos pacientes diabéticos atendidos nos ambulatórios e em campanhas públicas em Catanduva-SP", sendo aprovado com parecer nº 1.682.319. Desde então, iniciou-se a abordagem dos pacientes nos ambulatórios do HEEC e pacientes diabéticos presentes em campanhas públicas pela Liga de Endocrinologia e Diabetologia (LED) do curso de Medicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), para aplicação e composição final do protocolo (Anexo 1), o qual foi adaptado de Parisi et al.⁹.

Os materiais necessários no momento da aplicação do protocolo:

- diapasão 128Hz: avaliar sensibilidade vibratória (proprioceptiva); avalia fibras grossas;
- superfície quente ou fria (tubo de ensaio com água fria ou quente ou cabo do diapasão aquecido ou resfriado): avaliar sensibilidade térmica; avalia fibras finas;
- palito japonês: avaliar sensibilidade dolorosa; avalia fibras finas;
- Monofilamento 10 g (estesiômetro): avaliar sensibilidade protetora, tátil; avalia fibras grossas;
- martelo neurológico: avaliar reflexo Aquileu; avalia fibras grossas e motoras.

RESULTADOS

Elaboração e descrição de protocolo

A partir de protocolo utilizado em Parisi et al.⁹, foram realizadas adequações de acordo com as recomendações existentes^{3-5,7}.

Englobando a prevenção de neuropatias diabéticas está o "exame do pé diabético de 3 minutos", o qual pode ser realizado não apenas pelo médico, mas por qualquer profissional da área da saúde. Por ser rápido, encaixa-se em qualquer consulta de 15 minutos que a maioria dos profissionais possui. Tal processo é dividido em 3 passos, cada um com a duração de 1 minuto: analisar o histórico do paciente, realizar um exame físico e fornecer aconselhamento simples sobre o autocuidado preventivo dos pés⁸.

No protocolo foram incluídos durante a abordagem do paciente diabético: entrevista, levantamento de dados do prontuário (ambulatório) ou conhecimento prévio do próprio paciente e exame físico dos pés.

Durante a entrevista são verificadas informações

sobre tempo de diabetes, antecedentes de tabagismo, presença de outras complicações (retinopatia, nefropatia, cardiopatia), úlcera prévia e/ou amputações. Na inspeção dos pés são observados presença de amputação, deformidades, calosidades, úlcera, assim como aspectos das unhas e coloração dos pés.

O diagnóstico de NDD realizou-se através de questionário e exame clínico, procedendo a avaliação neurológica e aplicação do Escore de Sintomas Neuropáticos (ESN) e do Escore de Comprometimento Neuropático (ECN), descritos por Young et al.¹⁰, traduzidos por Moreira et al.¹¹ e utilizados por Parisi et al.⁹.

Para exame físico utilizou-se: diapasão (128Hz) para teste de sensibilidade vibratória, palito para sensibilidade dolorosa, diapasão com superfície fria e morna para sensibilidade térmica, martelo para avaliação de reflexos Aquileu. Foi incluído o exame com monofilamento de 10g (fabricado por SORRI®-Bauru) para sensibilidade protetora, que apresenta alto valor preditivo para risco de úlcera. As regiões testadas são: base dos primeiros, segundos e terceiros metatarsos e hálux e palpados os pulsos pedioso e tibial posterior^{3,7,12-14}.

Seguindo o protocolo, se houver a presença de pé diabético classifica-se conforme o comprometimento neurológico, vascular ou misto; além da classificação de risco para úlceras e recomendações de acompanhamento (Quadro 1)^{7,12-14}.

Quadro 1 - Classificação de risco e recomendações de seguimento

Nível de risco	Definição clínica	Recomendações de tratamento	Recomendações de seguimento
0	NDD e vasculopatia ausentes	Educação, orientação sobre calçado	Anual, equipe generalista
1	NDD ± deformidades presentes	+ Recomendação de sapatos especiais	3 a 6 meses equipe generalista, especialista se necessário
2	Vasculopatia e/ou NDD	+ Sapatos customizados, consulta cirurgia vascular	2 a 3 meses por especialista
3	Histórico de úlcera ou amputação	+ seguimento com cirurgião vascular	1 a 2 meses por especialista

NDD= Neuropatia diabética periférica.

Fonte: adaptado de "Avaliação, prevenção e tratamento do pé diabético", Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018^{7,12-14}.

Aplicação do protocolo

Os pacientes diabéticos que foram recrutados durante as consultas nos ambulatórios do HEEC e campanhas públicas, aqueles que concordaram em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de inclusão foram: indivíduos portadores de DM1 ou DM2, maiores de 18 anos, que faziam acompanhamento regular nos serviços acima relacionados, ou indivíduos portadores de DM1 ou DM2, maiores de 18 anos, abordados durante campanhas públicas. Foram excluídos desta análise os que apresentavam evidências de outras causas de neuropatia.

Foram incluídos 14 pacientes. A idade variou de 38 a 77 anos, sendo 4 homens e 10 mulheres, só 2 fumantes. Apresentaram-se 13 pacientes com DM2, e apenas um apresentava DM1. O tempo de DM relatado variou de 2,5 anos a 35 anos.

Os pacientes que portavam NDD tinham pelo menos 5 anos de história de doença. Dos 10 pacientes que tinham até 10 anos de doença, apenas 2 não preenchiam critérios para presença de NDD. Dos 7 pacientes com 10 anos ou mais de doença, 2 não compunham critérios para NDD. Estes tinham alterações como sintomas moderados em um e o outro com sinais leves. Houve grande prevalência de NDD, e associação entre tempo de doença e presença de NDD. Segundo a classificação de risco para amputação (Quadro 1), somente 2 dos pacientes tinham risco 0; 7, com risco 1; 2, com risco 2 e; 3, com risco 3. Os pacientes com risco 1 a 3 foram encaminhados para seguimento conforme recomendação do Quadro 1.

DISCUSSÃO

A NDD apresentou alta prevalência nesta amostra. O protocolo serve para busca ativa da NDD e consequente orientação. A descoberta precoce dos sinais e sintomas por meio do *screening* é relevante na prática clínica, pois possibilita a descoberta dos estágios iniciais da neuropatia e promove uma intervenção imediata, isso porque pouco pode ser feito para tratar o dano nervoso estrutural⁵.

O presente protocolo serve de orientação para a prática de busca ativa da NDD entre profissionais de saúde e alunos das áreas de Enfermagem e Medicina, também como instrumento para o exame rotineiro dos pés e forma de prevenção de úlceras e amputações. Segue as

recomendações do Ministério da Saúde do Brasil e atende as Diretrizes Curriculares Nacionais, englobando trabalho em equipe para prevenção e orientação em saúde¹⁴⁻¹⁶.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira SRGF, Pititto BA. Aspectos epidemiológicos do diabetes mellitus e seu impacto no indivíduo e na sociedade. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diabetes na prática clínica [Internet]. [citado em 13 abr. 2017]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/73-capitulo-1-aspectos-epidemiologicos-do-diabetes-mellitus-e-seu-impacto-no-individuo-e-na-sociedade>
2. Guedes EP, Moreira RO, Benchimol AK. Endocrinologia. Rio de Janeiro, RJ: Rubio; 2006.
3. Saad MJA, Maciel RMB, Mendonça BB. Endocrinologia. 2ª. ed. São Paulo: Atheneu; 2017.
4. Pedrosa HC. Neuropatia diabética periférica. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diabetes na prática clínica [Internet]. 2014 [citado em 13 abr. 2017]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/39-neuropatia-diabetica-periferica>
5. Pop-Busui R, Boulton AJM, Feldman EL, Bril V, Freeman R, Malik RA, et al. Diabetic neuropathy: a position statement by the American Diabetes Association. Diabetes Care. 2017; 40(1):136-54.
6. Parisi MCR. A síndrome do pé diabético, fisiopatologia e aspectos práticos. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diabetes na prática clínica [Internet]. 2014 [citado em 13 abr. 2017]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/42-a-sindrome-do-pe-diabetico-fisiopatologia-e-aspectos-praticos>
7. Sociedade Brasileira de Diabetes. Avaliação, prevenção e tratamento do pé diabético. In: Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Clannad; 2017. p. 273-87. [Internet]. 2017 [citado em 13 abr. 2017]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>
8. Miller JD, Carter E, Shih J, Giovinco NA, Boulton AJM, Mills JL, Armstrong DG. How to do a 3-minute diabetic foot exam. J Family Practice. 2014; 63(11):646-56.
9. Parisi MCR, Moura Neto A, Menezes FH, Gomes MB, Teixeira RM, Oliveira JEP, et al. Baseline characteristics and risk factors for ulcer, amputation and severe neuropathy in diabetic foot at risk: the BRAZUPA study. Diabetol Metab Syndr [Internet]. 2016 [citado em 13 abr. 2017]; 8:25. Disponível em: <https://dmsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13098-016-0126-8?site=dmsjournal.biomedcentral.com%20DOI%2010.1186/s13098-016-0126-8>
10. Young MJ, Boulton AJ, MacLeod AF, Williams DR, Sonksen PH. A multicentre study of the prevalence of diabetic peripheral neuropathy in the United Kingdom hospital clinic population. Diabetologia. 1993; 36(2):150-4.
11. Moreira RO, Castro AP, Papelbaum M, Appolinário JC, Ellinger VCM, Coutinho WF, et al. Tradução para o português e avaliação da confiabilidade de uma escala para diagnóstico da polineuropatia distal diabética. Arq Bras Endocrinol Metab [Internet]. 2005 [citado em 12 abr. 2017]; 49(6):944-50. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302005000600014>
12. Boulton AJM, Armstrong DG, Albert SF, Frykberg RG, Hellman R. Comprehensive foot examination and risk assessment. Diabetes Care. 2008; 31(8):1679-85.
13. Schaper NC, Van Netten JJ, Apelqvist J, Lipsky BA, Bakker K. Prevention and management of foot problems in diabetes: a Summary Guidance for Daily Practice 2015, based on the IWGDF Guidance Documents. Diabetes Metab Res Rev. 2016; 32(Suppl. 1): 7-15.
14. Ministério da Saúde (BR). Manual do pé diabético. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. [Internet]. [citado em 21 set. 2017]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/manual_do_pe_diabetico

15. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. [Internet]. [citado em 04 de abr. 2017]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192
16. Ministério da Educação (BR) Diretrizes curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. [Internet]. [citado em 26 jun. 2018]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>

Envio: 22/06/2018

Aceite: 28/09/2018

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO-OBSTÉTRICO E LABORATORIAL NA SÍNDROME HIPERTENSIVA NA GRAVIDEZ

SOCIODEMOGRAPHIC, CLINICAL-OBSTETRIC AND LABORATORY ASPECTS IN HYPERTENSIVE SYNDROME IN PREGNANCY

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO-OBSTÉTRICO Y LABORATORIAL EN EL SÍNDROME HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO

Giovana Aparecida Gonçalves*, Luciana Braz de Oliveira Paes**, Maria Cláudia Parro***, Nilson Mozas Olivares****, Thais Gambarini*****, Mauro da Silva Casanova*****, Alfeu Cornélio Accorsi Neto*****

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial é uma doença considerada problema de saúde pública pelo seu elevado custo médico e social. A prevalência varia conforme a faixa etária, sexo, raça, obesidade e presença de patologias associadas, como diabetes e doença renal. Nas mulheres em idade procriativa, a prevalência vai de 0,6 a 2,0%, na faixa etária de 18 a 29 anos, e de 4,6 a 22,3%, na faixa etária de 30 a 39 anos. **Objetivo:** Com a finalidade de contribuir para a assistência prestada a esse grupo de gestantes, a presente proposta tem como objetivo identificar o perfil sociodemográfico, clínico-obstétrico e laboratorial no pré-natal de mulheres portadoras de Síndrome Hipertensiva na Gravidez atendidas em um hospital-escola do interior paulista. **Material e Método:** Estudo retrospectivo e descritivo realizado através de análise de prontuários do Ambulatório de Gestação de Alto Risco no Hospital-Escola Emílio Carlos e do sistema integrado com dados laboratoriais do Hospital Padre Albino, entre junho de 2016 e junho de 2017, na cidade de Catanduva-SP. Foram colhidos dados das seguintes variáveis: idade, situação conjugal, cor da pele, ocupação, período do ciclo gravídico-puerperal, pressão arterial, glicemia, ureia, creatinina, plaquetopenia, enzimas hepáticas, entre outros. **Resultados:** As gestantes atendidas no referido serviço são em sua maioria brancas, com ensino médio completo, evangélicas, com idade na gestação de 24-34 anos e quanto aos aspectos laboratoriais e obstétricos, as pacientes apresentam funções renal e hepática dentro de valores de referência e a correlação LDH e glicemia pertinentes. Ao US doppler, os batimentos cardíacos fetais e os índices de líquido amniótico também se apresentaram dentro da normalidade. **Conclusão:** Este estudo tem sua relevância por trilhar o percurso da assistência pré-natal até o desfecho no atendimento ao nível hospitalar embora a simples realização dos exames não assegure a minimização do aparecimento da Síndrome Hipertensiva na Gravidez, sendo fundamental o investimento qualitativo desta ação.

Palavras-chave: Hipertensão. Gestante. Pré-eclâmpsia.

Abstract

Introduction: Hypertension is a disease considered a public health problem due to its high medical and social costs. The prevalence varies according to age, gender, race, obesity and the presence of associated pathologies, such as diabetes and kidney disease. In women of childbearing age, the prevalence ranges from 0.6 to 2.0% (18 to 29 years old), and from 4.6 to 22.3% (30 to 39 years old). **Objective:** In order to contribute to the care provided to this group of pregnant women, the present proposal aims to identify the socio-demographic, clinical-obstetric and laboratorial profile in prenatal care of women with Hypertensive Syndrome in Pregnancy attended in a school hospital in the interior of São Paulo state. **Material and Method:** A retrospective and descriptive study was carried out through the medical records of the High Risk Pregnancy Clinic at Hospital-Escola Emílio Carlos and an integrated system with laboratory data from Hospital Padre Albino between June 2016 and June 2017, in the city of Catanduva-SP. Data were collected from the following variables: age, marital status, skin color, occupation, period of the pregnancy-puerperal cycle, blood pressure, blood glucose, urea, creatinine, thrombocytopenia, hepatic enzymes, among others. **Results:** The pregnant women attended at the referred service are mostly white, with high school education, evangelicals, with gestation age of 24-34 years and regarding the laboratory and obstetric aspects, the patients present renal and hepatic functions within reference values and the relevant LDH and glycemia correlation. At US Doppler, fetal heart rate and amniotic fluid levels also showed within normal limits. **Conclusion:** This study has its relevance for tracing the course of prenatal care until the outcome in hospital care, although the simple accomplishment of the exams does not ensure the minimization of the appearance of Hypertensive Syndrome in Pregnancy, being the qualitative investment of this action very important.

Keywords: Hypertension. Pregnant. Preeclampsia.

Resumen

Introducción: La hipertensión es una enfermedad considerada un problema de salud pública debido a sus altos costos médicos y sociales. La prevalencia varía según el grupo de edad, sexo, raza, obesidad y presencia de patologías asociadas, como la diabetes y la enfermedad renal. En mujeres en edad fértil, la prevalencia oscila entre el 0,6 y el 2,0% (de 18 a 29 años) y entre el 4,6 y el 22,3% (de 30 a 39 años). **Objetivo:** Con la finalidad de contribuir a la asistencia prestada a ese grupo de gestantes, la presente propuesta tiene como objetivo identificar el perfil socio demográfico, clínico-obstétrico y laboratorio prenatal de mujeres portadoras de Síndrome Hipertensivo en el embarazo atendidas en un hospital-escola del interior paulista. **Material y Método:** Estudio retrospectivo y descriptivo realizado a través del análisis de prontuarios del Ambulatorio de Gestação de Alto Riesgo en el Hospital-Escola Emílio Carlos y del sistema integrado con datos de laboratorio del Hospital Padre Albino, entre junio de 2016 y junio de 2017, en la ciudad de Catanduva - SP. Los datos fueron recolectados de las siguientes variables: edad, estado civil, color de piel, ocupación, período del ciclo embarazo-puerperal, presión arterial, glucosa en sangre, urea, creatinina, trombocitopenia, enzimas hepáticas, entre otros. **Resultados:** Las gestantes atendidas en el referido servicios en su mayoría eran brancas, con enseñanza media completa, evangélicas, con edad en la gestación de 24-34 años y en cuanto a los aspectos de laboratorio y obstétricos, las pacientes presentan funciones renal y hepática dentro de valores de referencia y la correlación LDH y la glucemia pertinentes. En el US Doppler, la frecuencia cardíaca fetal y los niveles de líquido amniótico también se mostraron dentro de los límites normales. **Conclusión:** Este estudio tiene su relevancia por recorrer el recorrido de la asistencia prenatal hasta el desenlace en la atención al nivel hospitalario, aunque la simple realización de los exámenes no asegura la minimización de la aparición de la Síndrome Hipertensivo en el embarazo, siendo fundamental la inversión cualitativa de esta acción.

Palabras clave: Hipertensión. Embarazada. La preeclampsia.

*Enfermeira. Doutora em Ciências pelo InCor, HC-FMUSP, pós-doutoramento pelo Departamento de Ginecologia-UNIFESP e pelo Laboratory of Angiogenesis and Neurovascular Link – VesaliusResearch Center/ KULeuven -Leuven/Belgium. Docente dos cursos de Medicina e Enfermagem do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP, Brasil. Contato:gconcalves.giovana2@gmail.com

**Enfermeira obstetra e coordenadora da Maternidade do Hospital Padre Albino de Catanduva-SP. Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP, Brasil.

*** Enfermeira, doutora em Ciências da Saúde, coordenadora e docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP, Brasil. Contato: mcparro@gmail.com

**** Mestre em Engenharia de Produção, docente dos cursos de Administração, Enfermagem e Medicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP. Contato: nilsonmozas@yahoo.com.br

*****Enfermeira graduada pelo curso de enfermagem do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP, Brasil.

*****Docente do curso de Medicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP. Contato: casanova_mauro@hotmail.com

*****Docente do curso de Medicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP. Contato: alfeuccors@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A hipertensão na gestação é a principal causa de morte materna no país. Embora as taxas sejam diferentes dependendo da região estudada, a hipertensão ocupa o primeiro lugar, sendo responsável por cerca de 35% da taxa de 140-160 mortes maternas/100.000 nascidos vivos^{1,2}. A taxa de mortalidade perinatal é de 150/1000 partos, e quando considerados outros diagnósticos como prematuridade, sofrimento fetal, crescimento fetal restrito, a hipertensão está assinalada como a maior causa dos óbitos fetal ou do recém-nato^{1,2}.

A hipertensão na gestação apresenta-se como um dos principais problemas de saúde pública por causa de suas elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal³. Entre os principais fatores de risco para essa doença estão: nuliparidade, idade materna avançada, diabetes, hipertensão crônica, obesidade, histórico anterior ou familiar de pré-eclâmpsia e doença renal⁴.

A etiologia e fisiopatologia da Síndrome Hipertensiva na Gravidez (SHG) permanecem pouco compreendidas. Acredita-se estarem envolvidos fatores genéticos, imunológicos e ambientais⁵. A teoria sobre a patogênese da SHG mais aceita concebe a doença a uma possível disfunção endotelial materna, imunomediada, resultando em vasoconstricções arteriolas maiores do que as habituais na gestação e na hipertensão⁶. Acredita-se que numa tentativa do organismo de compensar a hipertensão, ocorra extravasamento de plasma para o espaço extravascular, levando à diminuição do volume plasmático, e da perfusão de diversos órgãos, como placenta, pulmões, cérebro, fígado e rins, que podem ficar comprometidos⁶.

Como parte da avaliação pré-natal inicial as mulheres grávidas devem ser questionadas sobre fatores de risco para pré-eclâmpsia. Após 20 semanas de gestação devem ser questionadas sobre sintomas específicos, incluindo distúrbios visuais, dores de cabeça persistentes, epigastria ou dor no quadrante superior direito e aumento de edema. A altura uterina deve ser medida em cada visita pré-natal, uma vez que o tamanho menor do que o esperado para a idade gestacional pode indicar Retardo de Crescimento Intrauterino ou oligodramnia. Edema facial e ganho de peso rápido também devem ser notados, pois esta síndrome se associa à retenção de fluidos⁷.

A classificação das doenças hipertensivas na gestação mais aceita em nosso meio é a adotada pelo Grupo de Estudo da Hipertensão Arterial na Gravidez do Programa Nacional de Hipertensão Arterial (EUA) e pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO-BR). Além de utilizada como uma base de acesso à grávida hipertensa, também guia o planejamento de seus cuidados⁸.

A SHG é uma patologia obstétrica que surge após a vigésima semana de gestação, sendo mais frequente no terceiro trimestre e estendendo-se até o puerpério. Caracteriza-se por apresentar hipertensão arterial, edema e/ou proteinúria, podendo culminar com convulsões e coma. Para o Ministério da Saúde, a pré-eclâmpsia pode ocorrer anteriormente à vigésima semana de gravidez, na moléstia trofoblástica gestacional, sendo, predominantemente, uma patologia de primigesta^{9,10}. A doença, quando não tratada, evolui naturalmente para as formas graves, entre elas, a eclâmpsia¹¹⁻¹³.

A SHG pode apresentar evolução distinta: pré-eclâmpsia – quando aparece apenas hipertensão, edema e/ou proteinúria. A pré-eclâmpsia, isolada ou superposta à hipertensão arterial crônica, está associada aos piores resultados, maternos e perinatais, das síndromes hipertensivas. Hipertensão arterial é a elevação da pressão para números acima dos valores considerados normais¹⁴.

Define-se hipertensão na gravidez quando há um aumento na pressão arterial (PA) sistólica, superior a 30 mmHg; e/ou na PA diastólica, superior a 15 mmHg, do valor normal da cliente, conhecido previamente, confirmado após duas medidas, com intervalos de, no mínimo, 4 horas, com a gestante sentada, em repouso. A proteinúria é a presença de 300 mg ou mais de proteínas na urina em uma coleção de 24 horas. O edema, quando existente, pode ser localizado ou generalizado¹⁴.

Além desses sintomas, também pode ocorrer oligúria: diurese inferior a 400 ml por dia, cefaleia, dor epigástrica, cianose ou edema pulmonar confirmado, dor no hipocôndrio direito (rotura da cápsula de Glisson), trombocitopenia grave (plaquetas abaixo de 100.000/mm³), anemia hemolítica microangiopática (hemólise, icterícia e/ou elevação das enzimas hepáticas), e crescimento intrauterino retardado (CIUR ou RCIU). Eclâmpsia é o aparecimento de convulsão em uma paciente com pré-eclâmpsia. Pode ocorrer na gravidez, parto ou

até dez dias de puerpério. A iminência de eclâmpsia é caracterizada, clinicamente, por sinais de encefalopatia hipertensiva, dor no epigástrio e hipocôndrio direito¹⁴.

Apesar da sua importância em saúde pública, a etiologia da hipertensão, que se manifesta na gestação (pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional), permanece desconhecida.

OBJETIVO

Com a finalidade de contribuir para a assistência prestada a esse grupo de gestantes bem como melhorar a assistência através de pesquisas, a presente proposta tem como objetivo identificar o perfil socio demográfico, clínico-obstétrico e laboratorial no pré-natal de mulheres portadoras de SHG atendidas em um hospital-escola do interior paulista.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo retrospectivo e descritivo realizado através de análise de prontuários do Ambulatório de Gestação de Alto Risco no Hospital-Escola Emílio Carlos (HEEC) e do sistema integrado com dados laboratoriais do Hospital Padre Albino (HPA), na cidade de Catanduva-SP. Todas as pacientes incluídas neste estudo foram atendidas e diagnosticadas sob o CID 013 – definido por Hipertensão Gestacional (induzida pela gravidez), sem proteinúria significativa - no HPA no período compreendido entre junho de 2016 e junho de 2017.

A coleta de dados foi feita pela avaliação retrospectiva de prontuários, seguindo um formulário elaborado contendo dados maternos para CID 013. As informações epidemiológicas coletadas foram: idade materna (anos), cor da pele (anotado no prontuário médico), religião e escolaridade. Os dados laboratoriais coletados foram: hematócrito (%), ureia (mg/dL), creatinina (mg/dL), glicemia (mg/dL), alanina aminotransferase (TGO) (U/L), aspartato aminotransferase (TGP) (U/L), desidrogenase láctica (LDH) (U/L). Os parâmetros ultrassonográficos avaliados foram: índice de líquido amniótico (ILA), batimentos cardíacos fetais (BCF).

Os critérios de inclusão no estudo foram a confirmação médica de SHG, ter idade maior ou igual a 18 anos e ter anexado ao prontuário o cartão do pré-natal.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA),

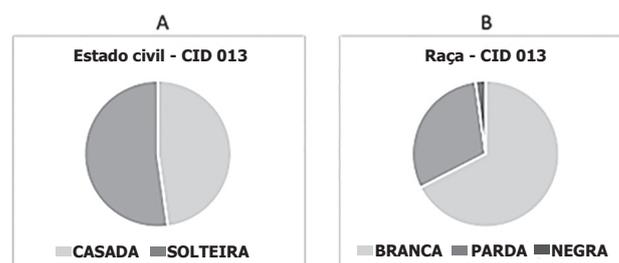
sob o número: 69387517.0.0000.5430.

Os resultados foram expressos em média \pm DP e as diferenças estatisticamente significativas analisadas pelo teste T de *Student* não pareado entre duas medidas, e teste ANOVA quando mais de duas variáveis forem consideradas. O grau de significância definido com $p < 0,05$.

RESULTADOS

As características sociodemográficas, bem como a idade gestacional, das 116 gestantes selecionadas para o estudo estão sumarizadas nos Gráficos 1, 2 e 3.

Gráfico 1 - (A) Estado civil das pacientes portadoras de CID 013 atendidas pelo HPA; (B) Raça das pacientes portadoras de CID 013 atendidas pelo HPA



Nota-se que 60% das pacientes são casadas (Gráfico 1A) e 80% são de raça branca, 15% pardas e 5% negras (Gráfico 1B).

Pelo Diagrama de Pareto (Figura 1), observa-se que 42% das pacientes apresentam ensino médio completo, e que a maioria se autodenominam evangélicas (27 pacientes) (Gráfico 2A) e apresentavam idade na gestação de 24-34 anos (60%) (Gráfico 2B).

Figura 1 - Escolaridade das pacientes portadoras de CID 013 atendidas pelo HPA

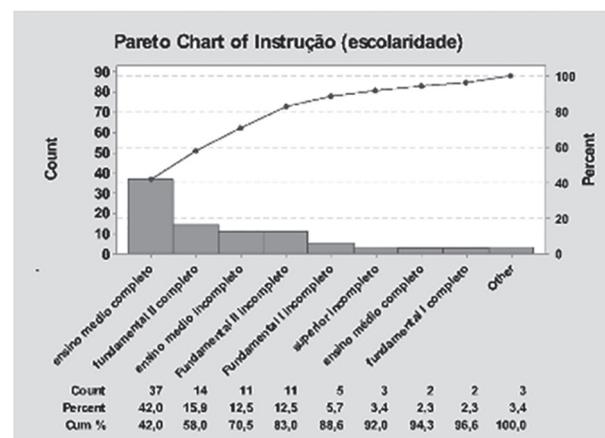
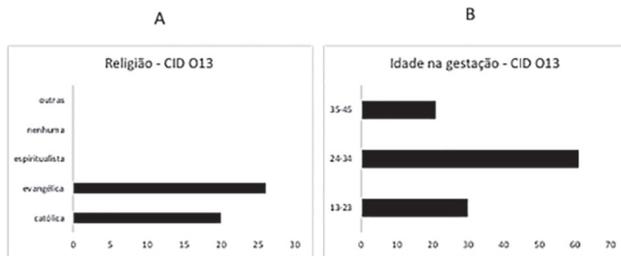
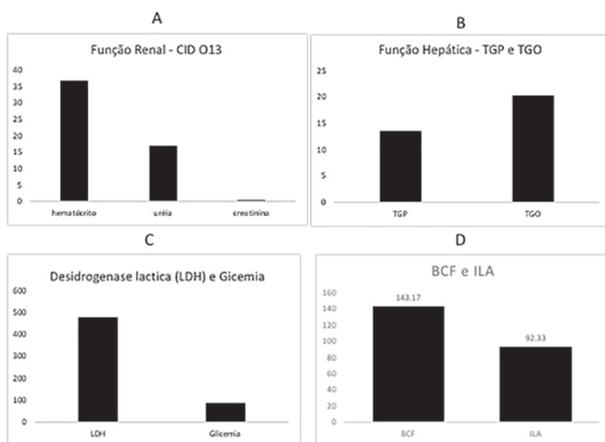


Gráfico 2 - (A) Religião das pacientes portadoras de CID 013 atendidas pelo HPA; (B) Idade na gestação

No Gráfico 3 encontram-se os seguintes parâmetros laboratoriais: função renal (hematócrito, ureia e creatinina), função hepática (TGO e TGP) (Gráfico 3B); desidrogenase láctica (LDH) e glicemia (Gráfico 3C) apresentam-se dentro dos valores de referência.

Não se observam diferenças quanto ao ILA e BCF ao exame por imagem adquirido através de ultrassonografia com doppler (Gráfico 3D).

Gráfico 3 - (A) Função renal das pacientes portadoras de CID 013 atendidas pelos HEEC e HPA; (B) Função hepática (TGO e TGP) das pacientes portadoras de CID 013 atendidas pelos HEEC e HPA; (C) Desidrogenase láctica (LDH) e glicemia das pacientes portadoras de CID 013 atendidas pelos HEEC e HPA; (D) Batimentos cardíacos fetais (BCF) e ILA durante US doppler das pacientes portadoras de CID 013 atendidas pelos HEEC e HPA

DISCUSSÃO

No presente estudo as pacientes com SHG apresentaram parâmetros laboratoriais e imagem dentro dos valores de referência, apesar do diagnóstico CID 013.

As síndromes hipertensivas da gravidez também podem estar relacionadas a alterações na função de órgãos alvo. A disfunção de órgãos alvo na SHG e condições adversas, que consistem em sinais e sintomas maternos, resultados laboratoriais anormais e resultados anormais da monitorização fetal podem anunciar o desenvolvimento de complicações maternas ou fetais graves⁶. Utilizou-se o critério para diagnóstico de SHG que considera necessária

a presença de proteinúria¹². Publicações recentes, no entanto, considera o diagnóstico de SHG mesmo na ausência da mesma, desde que estejam presentes alterações laboratoriais (plaquetopenia, transaminases e creatinina) ou clínicas (edema pulmonar, cefaleia e turvação visual)^{1,6,15}.

Durante uma gestação normal, o fluxo sanguíneo renal aumenta, levando a um aumento da taxa de filtração glomerular, que resulta em uma redução das concentrações séricas de ureia e creatinina, em média 15,0 e 0,5 mg/dL, respectivamente¹⁶. No presente estudo, os níveis séricos de ureia e creatinina de ambos os grupos estavam de acordo aos observados no estudo de Chang e Streitman¹⁶, o que sugere que as pacientes estavam com a função renal preservada.

Quanto à função hepática, geralmente, durante uma gravidez normal, as concentrações séricas de TGO e TGP permanecem normais. Assim, quando há alguma alteração, é necessária uma investigação. Cerca de 20 a 30% das pacientes com SHG têm a função hepática alterada enquanto que as concentrações de bilirrubina raramente aumentam¹⁷.

Neste estudo, as concentrações de TGO e TGP estavam dentro do valor de referência. Alterações hepáticas são frequentemente em pacientes com SHG, porém na mesma frequência que ocorrem entre gestantes não hipertensas.

As pacientes com SHG apresentam características epidemiológicas de pacientes com risco de complicações por doenças crônicas, devido à relação entre obesidade e risco de diabetes e hipertensão¹⁸.

Os dados clínicos, epidemiológicos, laboratoriais e de imagem de gestantes com quadro hipertensivo apresentados neste estudo são significativos e a limitação está na ausência de seguimento prospectivo destas mulheres.

CONCLUSÃO

Pacientes com SHG apresentam parâmetros clínicos e laboratoriais de maior gravidade, taxas superiores de cesárea e piores resultados maternos e perinatais, necessitando de rigorosa monitorização durante a gravidez, devido ao acometimento de múltiplos órgãos, com consequente alteração dos exames laboratoriais.

Os resultados mostraram que em relação aos

aspectos sociodemográficos, as pacientes atendidas no referido serviço são em sua maioria brancas, com ensino médio completo, evangélicas, com idade na gestação de 24-34 anos. Quanto aos aspectos laboratoriais e obstétricos, as pacientes apresentam funções renal e hepática dentro de valores de referência e a correlação LDH e glicemia pertinentes. Ao US doppler, os batimentos cardíacos fetais e os índices de líquido amniótico também se apresentaram dentro da normalidade.

Conclui-se, portanto, que este estudo tem sua relevância por trilhar o percurso da assistência pré-natal até o desfecho no atendimento ao nível hospitalar. Embora a simples realização dos exames não assegure a minimização do aparecimento da SHG, considera-se fundamental o investimento qualitativo desta ação.

REFERÊNCIAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists; Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013; 122(5):1122-31.
2. Roberts JM, Gammill HS. Preeclampsia: recent insights. *Hypertension.* 2005; 46(6):1243-49.
3. Chaim SRP, Oliveira SMJV, Kimura AF. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(1):53-8.
4. Roberts CL, Ford JB, Algert CS, Antonsen S, Chalmers J, Cnattingius S, et al. Population-based trends in pregnancy hypertension and preeclampsia: an international comparative study. *BMJ Open [Internet].* 2011 [citado em 3 ago. 2017]; 1:e000101. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/1/1/e000101>
5. Peracoli JC, Parpinelli MA. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27(10):627-34.
6. Magee LA, Helewa M, Moutquin JM, Von Dadelszen P. For the Hypertension Guideline Committee. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. SOGC Clinical Practice Guideline, 206, Mar2008. *J Obstet Gynaecol Can.* 2008; 30(3):S1-48.
7. Saftlas AF, Olson DR, Franks AL, Atrash HK, Pokras R. Epidemiology of preeclampsia and eclampsia in the United States, 1979-1986. *Am J Obstet Gynecol.* 1990;163(2):460-5.
8. Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Preeclampsia. *Lancet.* 2010; 376(9741):631-44.
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. 3ª. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000.
10. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005
11. Araujo FM, Duarte G, Nomelini J, Lôbo RB, Ramos ES. Familial occurrence of gestational hypertensive disorders in a Brazilian population. *Hypertens Pregnancy.* 2007;26(3):357-62.
12. Report of the National High Blood Pressure Education Program working group on high blood pressure in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183(1):S1-22.
13. Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Semin Perinatol.* 2009; 33(3):130-7.
14. Rezende J. *Obstetrícia.* 10ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
15. Lubbe WF. Hypertension in pregnancy: whom and how to treat. *Br J Clin Pharmacol.* 1987;24 Suppl 1:15S-20S.
16. Chang J, Streitman D. Physiologic adaptations to pregnancy. *Neurol Clin.* 2012; 30(3):781-9.
17. Joshi D, James A, Quaglia A, Westbrook RH, Heneghan MA. Liver disease in pregnancy. *Lancet.* 2010; 375(9714):594-605.
18. McClure CK, Catov JM, Ness R, Bodnar LM. Associations between gestational weight gain and BMI, abdominal adiposity, and traditional measures of cardiometabolic risk in mothers 8 y postpartum. *Am J Clin Nutr.* 2013; 98(5):1218-25.

QUALIDADE E SEGURANÇA NA ÁREA DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL: AVALIAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

QUALITY AND SAFETY IN MATERNAL AND CHILD HEALTH: EVALUATION OF ADVERSE EVENTS

CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL ÁREA DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL: EVALUACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Adriani Izabel de Souza Moraes*, Victória Larissa dos Santos*, Luciana Braz de Oliveira Paes**, Maria Claudia Parro***

Resumo

Introdução: Em 2014, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou o manual "Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade" buscando qualificar a atenção obstétrica e neonatal. Assim, os eventos-sentinelas deverão ser notificados, investigados e analisados, pois demandam também a busca de suas causas. **Objetivo:** Descrever os eventos adversos ocorridos na maternidade de um hospital-escola. **Material e Método:** Estudo transversal, descritivo e quantitativo, obtido por coleta de dados dos eventos adversos notificados. O levantamento de notificações do setor maternidade no Núcleo de Segurança do Paciente ocorreu no período de maio de 2017 a maio de 2018. **Resultados:** Foram avaliados sete incidentes: trauma mamilar, falha na comunicação, falha na medicação, falha na identificação, queda, hemorragia e flebite. Ocorreram 89 notificações de eventos adversos, sendo o evento de trauma mamilar evidenciado em 30,3% das notificações, seguido de falha na comunicação; administração de medicamentos e identificação, com 25,8%; 20,2% e 14,6%, respectivamente. Os eventos adversos queda e hemorragia surgiram com o mesmo percentual de 3,3%, e a flebite em 2,2%. **Conclusão:** Embora haja notificações de eventos adversos, evidenciou-se a falta dos indicadores recomendados pelo manual de Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Qualidade. Notificação. Obstetrícia. Materno-infantil.

Abstract

Introduction: In 2014, the National Sanitary Surveillance Agency published the manual "Maternal and Neonatal Care Services: Safety and Quality" aiming to qualify obstetric and neonatal care. Thus, sentinel events should be notified, investigated and analyzed, as they also demand the search for their causes. **Objective:** To describe the adverse events occurred in the maternity hospital of a school. **Material and Method:** A cross-sectional, descriptive and quantitative study, obtained by collecting the adverse events data. The survey of notifications of the maternity sector in the Patient Safety Center occurred from May 2017 to May 2018. **Results:** Seven incidents were assessed: nipple trauma, communication failure, medication failure, failure to identify, fall, hemorrhage and phlebitis. There were 89 reports of adverse events, with nipple trauma evident in 30.3% of the notifications, followed by communication failure; administration of medications and identification, with 25.8%; 20.2% and 14.6%, respectively. The adverse events and hemorrhage appeared with the same percentage of 3.3%, and phlebitis in 2.2%. **Conclusion:** Although there have been reports of adverse events, there was a lack of indicators recommended by the Manual of Maternal and Neonatal Care Services: Safety and Quality

Keywords: Patient safety. Quality. Notification. Obstetrics. Maternal child.

Resumen

Introducción: En 2014, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria publicó el manual "Servicios de Atención Materna y Neonatal: Seguridad y Calidad" buscando calificar la atención obstétrica y neonatal. Así, los eventos-centinela deberán ser notificados, investigados y analizados, pues demandan también la búsqueda de sus causas. **Objetivo:** Describir los eventos adversos ocurridos en la maternidad de un hospital escolar. **Material y Método:** Estudio transversal, descriptivo y cuantitativo, obtenido por la recolección de datos de los eventos adversos notificados. El análisis de las notificaciones del sector maternidad en el Núcleo de Seguridad del Paciente ocurrió en el período de mayo de 2017 a mayo de 2018. **Resultados:** Se evaluaron siete incidentes: trauma mamilar, falla en la comunicación, falla en la medicación, falla en la identificación, caída, hemorragia y flebitis. Se obtuvieron 89 notificaciones de los eventos adversos, siendo el evento de trauma mamilar evidenciado en el 30,3% de las notificaciones, seguido de falla en la comunicación; administración de medicamentos e identificación, con un 25,8%; el 20,2% y el 14,6%, respectivamente. Los eventos adversos caída y hemorragia surgieron con el mismo porcentaje del 3,3%, y la flebitis en el 2,2%. **Conclusión:** Aunque hay notificaciones de los eventos adversos, se evidenció la falta de los indicadores recomendados por el manual de Servicios de Atención Materna y Neonatal: Seguridad y Calidad.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Calidad. Notificación. Obstetrícia. Materno infantil.

*Acadêmicas do curso de Enfermagem do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA).

**Enfermeira obstetra. Mestre em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA). Contato: luciana_brazsp@hotmail.com

***Enfermeira, doutora em Ciências da Saúde. Coordenadora e docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA). Contato: maria.parro@unifipa.com.br

INTRODUÇÃO

Mundialmente, a questão da segurança do paciente é tida como fundamental para a melhoria da qualidade da assistência à saúde. Desde 2004, o Brasil é um dos países que compõem a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cujo principal propósito é instituir medidas que aumentem a qualidade desses serviços e, por conseguinte, a segurança do paciente¹. Considera-se que a preocupação com a qualidade na assistência à saúde pode ser tão antiga quanto a medicina, pois, desde a célebre frase de Hipócrates *Primum no nocere* ou primeiro não causar danos, a temática compõe o rol de preocupações da maioria dos envolvidos na prestação de serviços de saúde².

O conceito mais abrangente de qualidade assistencial em saúde foi introduzido por Avedis Donabedian, na década de 1960, para o qual os sistemas devem ser analisados em três áreas: estrutura, processo e resultado³. Essa análise oferece subsídios para que as autoridades em saúde possam avaliar o desempenho de sistemas e instituições, a fim de estabelecer um planejamento estratégico que resulte em melhoria na qualidade assistencial⁴.

Dessa forma, a segurança na assistência obstétrica é importante por conta do elevado número de pacientes envolvidos, pois são aproximadamente três milhões de nascimentos a cada ano no Brasil, resultando em mais de seis milhões de pacientes, entre parturientes e recém-nascidos³.

Em 2014, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou o manual "Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade" com o intuito de promover uma atenção obstétrica e neonatal de qualidade, com menos agravos resultantes do próprio processo reprodutivo e/ou relacionados ao processo assistencial, incrementando segurança e humanização².

Assim, segurança é um importante componente da qualidade e pode ser definida como a prevenção, a melhoria e a correção dos resultados adversos ou das lesões provenientes do processo assistencial, apoiando-se não apenas os pacientes, mas também os profissionais envolvidos. Portanto, para que haja melhora na qualidade dos serviços de atenção materna e neonatal em nosso país, é de extrema importância que se proponha um redesenho do modelo de assistência ao parto⁵.

Na busca pela melhora da qualidade de um serviço, mudanças não devem ser executadas antes que se definam os objetivos a serem alcançados. Prioridades devem ser identificadas, iniciando-se pela avaliação dos procedimentos mais frequentes e de maior volume, como cesarianas e episiotomias; de situações que apresentam maior risco de complicações, como síndromes hipertensivas gestacionais, hemorragias e prematuridade (espontânea ou eletiva); de eventos-sentinela ou incidentes e de situações relacionadas à organização^{6,7}. Cabe ressaltar que os eventos-sentinela demandam ações de notificação, investigação e análise em busca de suas causas, tais como mortes maternas, fetais e neonatais, parto eletivo programado, histerectomia, trauma perineal grave, rotura uterina, transfusão sanguínea, eclâmpsia, abordagem materna ou readmissão hospitalar no puerpério, infecção puerperal, distócia de ombro, complicações anestésicas, admissão materna na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e parada cardiorrespiratória⁵.

Programas para obtenção de melhoria da qualidade dos cuidados maternos e neonatais devem apresentar indicadores ou resultados da eficiência da assistência oferecida. Bem como, indicadores de estrutura, processo e resultado devem se relacionar entre si para que a análise da qualidade seja coerente. Como indicador de estrutura pode-se avaliar se a maternidade possui quartos pré-parto, parto e puerpério imediato (PPP), e como indicador de processo, quantas mulheres estão tendo suas gestações resolvidas nesses locais. Quanto ao indicador de resultado, pode-se medir o impacto da conduta na redução da taxa de cesariana². Após a obtenção dos índices de qualidade e a definição das oportunidades de melhorias em um serviço, uma ampla investigação deve ser realizada para se identificar falhas no padrão de cuidados dentro da instituição, com foco no sistema e não nos indivíduos⁵.

Por sua vez, os eventos-sentinela ou incidentes deverão ser notificados, investigados e analisados profundamente em busca das suas causas e determinantes, ou análise de causa-raiz. Dentre estes, são absolutamente prioritárias as mortes maternas, fetais e neonatais, assim como os casos graves de asfixia neonatal que produzem sequelas permanentes. Outros eventos também podem fazer parte do processo de notificação e análise, de acordo com o perfil assistencial e capacidade operacional do serviço⁸.

Devido a essas peculiaridades, a assistência à saúde com enfoque na assistência materna e neonatal deve ser uma área prioritária para as ações relacionadas à promoção da qualidade na assistência e, conseqüentemente, da segurança. Assim, este estudo tem como objetivo descrever os eventos adversos ocorridos na maternidade de um hospital-escola.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo transversal, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, realizada através da coleta de dados dos Eventos Adversos (EA) notificados na saúde materno-infantil de um hospital-escola do interior do estado de São Paulo. A maternidade é referência na assistência a gestantes de alto risco na região na qual está inserida. Para coleta de dados foi realizado um levantamento de notificações do setor maternidade no Núcleo de Segurança do Paciente hospitalar no período de maio de 2017 a maio de 2018.

Foram respeitadas as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a pesquisa aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), sob parecer nº 2.333.721.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento resultou em 89 notificações de EA ocorridos durante o período analisado, relacionados a sete incidentes, sendo eles: trauma mamilar, falha na comunicação, falha na medicação, falha na identificação, queda, hemorragia e flebite.

Estes eventos são restritos quando comparados aos incidentes notificáveis recomendados pelo manual da ANVISA "Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade", que incluem: morte materna, parto eletivo, apresentação pélvica não diagnosticada, distócia de ombro, readmissão materna não planejada dentro de 14 dias, parada cardiorrespiratória materna ressuscitada, início intra-hospitalar de antibióticos 24 horas ou mais após um parto vaginal, remoção, lesão ou reparo não planejado de órgão (inclui histerectomia), hemorragia necessitando transfusão, eclâmpsia, retorno não planejado à sala de parto ou de cirurgia para alguma intervenção, lacerações perineais de 3º e 4º grau, tromboembolismo venoso, ruptura uterina, complicações

anestésicas, admissão em UTI. Outros indicadores também utilizados na assistência obstétrica incluem: profilaxia de tromboembolismo venoso, uso apropriado de profilaxia antibiótica dentro de uma hora antes da incisão cirúrgica em cesariana, uso intraparto de antibiótico para profilaxia da sepse neonatal por estreptococo do grupo B, incidência de episiotomia e incidência de cesariana².

Adicionalmente, há os eventos fetais/neonatais, que incluem mortes fetais e neonatais com peso ≥ 500 g, nascimento de uma criança com < 32 semanas em uma instituição sem UTI neonatal, transferência de um recém-nascido para uma UTI neonatal em outra instituição, score de Apgar < 7 no 5º minuto, toco traumatismo, lesão fetal em cesariana, convulsões neonatais, recém-nascido com mais de 2.500 g admitido em UTI neonatal, anomalia fetal não diagnosticada, e também os eventos organizacionais, como prontuário não disponível, demora para responder uma chamada para assistência, falha de equipamento, conflito em relação ao manejo de um caso, reclamação de usuário, erro de medicação, retenção de compressa/instrumento, infecção relacionada à assistência à saúde, violação de protocolo local, permanência materna um dia a mais do que o padrão local após parto vaginal e cesariana e parto não assistido por pessoa qualificada².

Cabe ressaltar que além da ficha de notificação para EA, na instituição onde se realizou o estudo utiliza-se uma planilha diária com alguns incidentes para preenchimento caso haja ocorrência, intitulada como Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGEH).

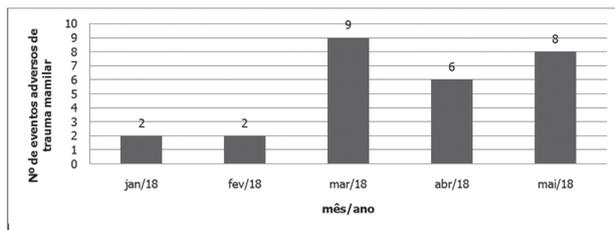
Dessa forma, foi possível avaliar o número de notificações de acordo com o tipo de incidente relatado no período em que ocorreu a coleta de dados do estudo, conforme consta na Tabela 1.

Tabela 1 - EA notificados em uma maternidade sentinela do interior paulista

Variáveis	Total n (%)
Trauma mamilar	27 (30,3)
Comunicação	23 (25,8)
Medicação	18 (20,2)
Identificação	13 (14,6)
Queda	3 (3,3)
Hemorragia	3 (3,3)
Flebite	2 (2,2)
Total	89 (100)

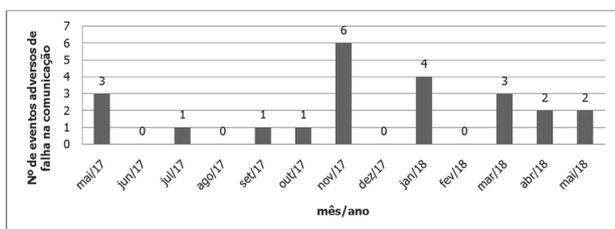
Dentre as variáveis levantadas, os indicadores trauma mamilar e hemorragia foram implantados no mês de janeiro de 2018 na instituição. Foi possível verificar que mesmo tendo um tempo menor de implantação, o evento de trauma mamilar é o que mais aparece dentre as 89 notificações, correspondendo a 30,3% (27) dos eventos. Logo após, falha na comunicação aparece com 25,5% (23), seguido de falha na medicação com 20,2% (18) e falha na identificação apresentando 14,6% (13) do total de notificações. A seguir, os eventos adversos queda e hemorragia surgiram com o mesmo percentual de 3,3% (3) e, por último, aponta o EA flebite, correspondendo a 2,2% (2) dentre as 89 notificações.

Gráfico 1 - EA trauma mamilar notificado em uma maternidade sentinela do interior paulista, entre os meses de janeiro de 2018 a maio de 2018



Dentre as 89 notificações, 30,3% (27) dos eventos correspondem ao trauma mamilar, em concordância no que refere-se alta incidência com outro estudo nacional com 55,5%⁹ de ocorrência, e em outros países como na Austrália com 58%¹⁰. O trauma mamilar é considerado uma interrupção cutânea ocasionada na aréola ou região do mamilo, sendo responsável dentre outros fatores pelo desmame precoce. A mensuração do trauma mamilar é essencial para avaliar a assistência prestada e melhorar a qualidade da prática assistencial⁹.

Gráfico 2 - EA falha na comunicação notificado em uma maternidade sentinela do interior paulista entre os meses de maio de 2017 a maio de 2018

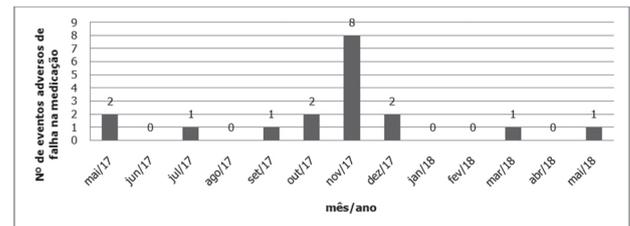


O EA, falha na comunicação, representou 25,8% (23) das notificações, sendo este incidente encontrado em outro estudo como um dos fatores que mais contribuíram para ocorrência de incidentes, 53%⁸. O Gráfico 2 demonstra que em novembro de 2017 ocorreu um índice

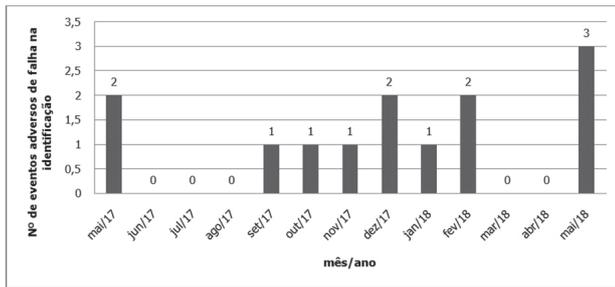
de falha na comunicação muito elevado, correspondendo a 6 notificações do percentual total. Logo após, destaca-se o mês de janeiro de 2018, responsável por 4 notificações. Já os meses maio de 2017 e março de 2018 demonstraram índices similares, referindo-se a 3 notificações do número total de notificações. Seguidamente, os meses de abril e maio de 2018 obtiveram os mesmos percentuais de notificações relacionados à falha na comunicação, e os meses de julho, setembro e outubro de 2017 tiveram uma notificação.

A falha na comunicação envolve desde falhas em prescrições com caligrafias ruins até documentações e transcrições incorretas¹¹, devendo a comunicação ser transmitida de forma clara, suficiente e precisa, para que haja compreensão do ouvinte e assim melhore a continuidade nos serviços, diminuindo os riscos de erros e melhorando a qualidade da assistência prestada¹².

Gráfico 3 - EA falha na medicação notificado em uma maternidade sentinela do interior paulista entre os meses de maio de 2017 a maio de 2018



Relacionado a falha na administração de medicamentos foram levantados 20,2% (18) das 89 notificações. A análise dos dados evidenciou que novembro de 2017 apresentou um percentual elevado envolvendo erro na medicação, correspondendo a 8 entre o total de 18 notificações. O mesmo acontece em outras instituições hospitalares, pois em uma revisão de literatura foi observado que de 1.537 leitos de um hospital-escola em Madrid, houve 2314 ocorrências de erros com medicação em uma semana¹³. É importante lembrar que o erro de medicação é considerado um erro evitável e como pode ocasionar danos ao paciente, é necessário a implementação de ações voltadas para a segurança¹⁴. Assim como os demais eventos, a notificação deve ocorrer para que, sejam implantadas ações para a melhoria do cuidado¹⁵.

Gráfico 4 - EA falha na identificação notificado em uma maternidade sentinela do interior paulista entre os meses de maio de 2017 a maio de 2018

O incidente falha na identificação correspondeu a 14,6% (13) das notificações deste estudo. No Gráfico 4 observa-se que em maio houve maior incidência, correspondendo a três notificações. Já os meses de maio, dezembro de 2017 e fevereiro de 2018 obtiveram índices iguais, tratando-se de duas notificações em relação ao percentual total; setembro, outubro e novembro de 2017 junto a janeiro de 2018 corresponderam a uma notificação cada.

Uma análise realizada por Tase et al.¹⁶ em uma Unidade Obstétrica de um hospital público, revelou que em 21% dos dias em um ano havia algum risco de erro de identificação de mulheres. Em outra clínica obstétrica, foi constatado 12,8% de inconformidades relacionadas à pulseira de identificação de puérperas e gestantes¹⁷. A falha na identificação do paciente pode ocasionar inúmeros danos ao paciente, prolongando sua estadia, aumentando custos hospitalares e gerando impactos negativos para a família. Diante desse contexto, nota-se a necessidade de iniciativas voltadas à segurança do paciente¹⁸.

O evento de queda apresentou um percentual de ocorrência de 3,3% (3) de notificações nos meses de maio, outubro e novembro de 2017. Em estudos que descrevem a ocorrência deste evento em outras instituições foi possível analisar dados semelhantes, com percentuais de 5,7%¹⁹ e 1,1%²⁰ de ocorrência. A prevenção do risco de queda é fundamental, por isso, é preciso a conscientização dos pacientes e profissionais sobre o tema. Nesse sentido, o paciente deve ser avaliado desde a admissão até a alta, por meio de escalas e dispositivos de segurança. Esta incidência deve ser notificada, uma vez que, por meio dela, são traçadas ações para minimização de ocorrências e avaliação de percentual de qualidade do setor²¹.

Dentre as notificações levantadas quanto à hemorragia, foi verificada a ocorrência de 3,3% (3), cabe ressaltar que o mesmo foi implantado em janeiro de 2018, apresentando nos meses de janeiro, março e maio de

2018 uma notificação/mês. É fundamental a valorização deste indicador por ser o período puerperal caracterizado como a fase de riscos devido à ocorrência das alterações fisiológicas voltadas ao parto²², bem como a hemorragia, ser a maior causa de morte materna²³, podendo ocorrer em todo período gravídico-puerperal. Diante do exposto, cabe ao enfermeiro estar atento às necessidades de cada gestante ou puérpera, pois ele é o profissional mais próximo ao paciente²². Estudo de Lopes et al.²⁴, encontrou um percentual de 40% de hemorragias em cinco anos que resultaram em morte materna. Em outro estudo, dentre as complicações puerperais precoces, foi verificado que 1,7% era hemorragia²⁵.

Referente à ocorrência de flebite, das 89 notificações levantadas, foram observadas 2,2% (2). Os meses de outubro de 2017 e abril de 2018 corresponderam similarmente a uma notificação. Segundo outro estudo o índice de flebite no setor de Centro Cirúrgico foi de 1,1%, sendo mais próximo dos dados encontrados no presente estudo, uma vez que o acesso venoso periférico permanece por menos tempo tanto no centro cirúrgico quanto na maternidade²⁰. Quando comparado a outro estudo realizado em um hospital geral, tendo como média de permanência com cateter de 53 horas, o índice de flebite chegou a 31,6% no período de janeiro a março de 2010, evidenciando que o tempo de permanência com a punção favorece o aparecimento de flebite. É de extrema importância o enfermeiro assumir a responsabilidade de manutenção e avaliação de pacientes submetidos a punções e terapias intravenosas²⁶.

CONCLUSÃO

Foi possível verificar a ocorrência de EA em uma maternidade do Noroeste Paulista, com prevalência de ocorrência de trauma mamilar, seguido de falha de comunicação e falha na administração de medicações. No entanto, é perceptível que mesmo com a notificação de EA, há falta dos indicadores recomendados pelo manual de "Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade", da ANVISA.

Também se percebeu ainda a necessidade de intensificar a cultura de notificação, embasada em evidência científica, uma vez que a equipe de enfermagem assume um papel fundamental na ação de prevenção e promoção da saúde dos pacientes e, por meio das notificações, é possível subsidiar ações para a promoção de mudanças e alcançar a segurança do paciente e a excelência na qualidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília, DF ANVISA; 2013.
2. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade. Brasília, (DF) ANVISA; 2014.
3. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988; 260(12):1743-8.
4. Martin LA, Nelson EC, Lloyd RC, Nolan TW. Whole system measures. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2007.
5. Marcolin AR. Qualidade e segurança: caminhos para o sucesso do redesenho do modelo de cuidado obstétrico. Rev Bras Ginecol Obstet. 2015; 37(10):441-5.
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Improving patient safety: risk management for maternity and gynaecology. London: RCOG; 2009.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. Quality and safety in women's health care. 2nd ed. Washington (DC): ACOG; 2010.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Quality and safety in women's health care. 2nd ed. Washington: ACOG; 2010.
9. Cirico MOV, Shimoda GT, Oliveira RNG. Qualidade assistencial em aleitamento materno: implantação do indicador de trauma mamilar. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2016 [citado em 22 out. 2017]; 37(4):e60546.
10. Buck ML, Amir LH, Cullinane M, Donath SM, CASTLE Study Team. Nipple pain, damage, and vasospasm in the first 8 weeks postpartum. Breastfeed Med. 2014; 9(2):56-62.
11. Carvalho VT, Cassiani SHB. Erros na medicação: análise das situações relatadas pelos profissionais de enfermagem. Medicina Ribeirão Preto. 2000; 33(3):322-30.
12. Santos MC, Grilo A, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. Rev Port Saúde Pública. 2010; 28(10):47-57.
13. Nascimento MA, Freitas K, Oliveira CG. Erros na administração de medicamentos na prática assistencial da equipe de enfermagem: uma revisão sistemática. Cad Grad Ciênc Biol Saúde - UNIT. 2016; 3(3):241.
14. Vestena CFL, Girardon-Perlini NMO, Rosa BVC, Stamm B, Beuter M, Rosa N. Erros in the administration of medications: study with a nursing team. Rev Enferm UFPI. 2014; 3(4):42-9.
15. Borges MC, Faria JIL, Jabur MRL, Oliveira KA, Zborowski IP, Beccaria LM. Erros de medicação e grau de dano ao paciente em hospital escola. Cogitare enferm. 2016; 21(4):01-9.
16. Tase TH, Quadrado ERS, Tronchin DMR. Evaluation of the risk of misidentification of women in a public maternity hospital. Rev Bras Enferm. 2018; 71(1):120-5.
17. Tase TH, Tronchin DMR. Sistemas de identificação de pacientes em unidades obstétricas e a conformidade das pulseiras. Acta Paul Enferm. 2015; 28(4):374-80.
18. Hemesath MP, Santos HB, Torelly SEM, Barbosa AS, Magalhães AMM. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. Rev Gaúcha Enferm. 2015; 36(4):43-8.
19. Figueiredo ML, Oliveira e Silva CS, Brito MFSF, D'Innocenzo M. Analysis of incidents notified in a general hospital. Rev Bras Enferm. 2018; 71(1):111-9.
20. Silva FG, Oliveira Junior NJ, Oliveira de Oliveira D, Nicoletti DR, Comin E. Análise de eventos adversos em um centro cirúrgico ambulatorial. Rev Sobecc. 2015; 20(4):202-9.
21. Ministério da Saúde (BR). Protocolo prevenção de quedas. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
22. Macedo PC, Lopes HH. Hemorragia pós-parto: um artigo de revisão. Rev Patol Tocantins. 2018; 5(3):59-64.
23. Silva GF. A influência do enfermeiro no puerpério [Monografia]. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
24. Lopes FBT, Moraes MS, Bezerra APF, Santos NR, Oliveira JS, Rodrigues APRA. Mortalidade materna por síndromes hipertensivas e hemorrágicas em uma maternidade-escola referência de Alagoas. Cad Grad Ciênc Biol Saúde - UNIT. 2018; 4(2):149-62.
25. Mascarello KC, Matijasevich A, Santos IS, Silveira MF. Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2018; 21:1-13.
26. Tertuliano AC, Borges JLS, Fortunato RAS, Poveda VB, Oliveira AL. Flebite em acessos venosos periféricos de pacientes de um hospital do Vale do Paraíba. REME. 2014; 18(2):334-9.

Envio: 12/09/2018
Aceite: 24/11/2018

INFLUÊNCIA DE UMA DIETA HIPOGLUCÍDICA E HIPERPROTEICA DE LONGA DURAÇÃO NO GANHO PONDERAL, CONSUMO ALIMENTAR E PERFIL BIOQUÍMICO DE RATOS WISTAR MACHOS

INFLUENCE OF A LONG-LASTING HYPOGLYCEMIC AND HYPERPROTEIN DIET ON WEIGHT GAIN, FOOD INTAKE AND BIOCHEMICAL PROFILE OF MALE WISTAR RATS

INFLUENCIA DE UNA DIETA HIPOGLUCÍDICA Y HIPERPROTEICA DE LARGA DURACIÓN EN EL GANADO PONDERAL, CONSUMO ALIMENTAR Y PERFIL BIOQUÍMICO DE RATOS WISTAR MACHOS

Vanessa Salto Massarente*, Tíssiane Eid Barbosa Ashino*, Dustin Hoffman Monteiro da Silva**, João Matheus Pimentel Battagin**, Juliana Cruzera Antonio**, Nilce Barril***

Resumo

Introdução: A obesidade é uma doença caracterizada por ganho de peso devido ao aumento do tecido adiposo ou massa gorda no organismo. Atualmente, esta condição é considerada um problema de saúde pública, pois representa importante fator de risco para outras doenças crônicas degenerativas. **Objetivo:** Verificar os efeitos de uma dieta hipoglicídica e hiperproteica no ganho ponderal e perfil bioquímico de ratos Wistar machos. **Material e Método:** Os animais, com 21 dias de idade, foram divididos aleatoriamente em dois grupos de 10, grupo controle e grupo tratado com dieta hipoglicídica e hiperproteica, durante 15 semanas. O peso corporal e o consumo de ração foram avaliados diariamente. Os níveis de glicose, colesterol total, ureia, creatinina, triglicérides, transaminase glutâmica oxalacética e transaminase glutâmica pirúvica foram determinados ao final do experimento após 12 horas de jejum. **Resultados:** Os resultados foram expressos como média \pm desvio padrão e analisados por meio do "t" de Student considerando o nível de significância $p < 0,05$. **Conclusão:** Embora a dieta hipoglicídica e hiperproteica tenha promovido redução no ganho de peso corporal, houve alteração no perfil bioquímico caracterizando importante quadro de redução de triglicédeos, aumento de creatinina e TGO, sugerindo possíveis danos renal e hepático.

Palavras-chave: Dieta hipoglicídica-hiperproteica. Perfil bioquímico. Ratos Wistar.

Abstract

Introdução: Obesity is a disease characterized by weight gain due to increased adipose tissue or fat mass in the body. Currently, this condition is considered a public health problem, since it represents an important risk factor for other chronic-degenerative diseases. **Objective:** The objective of the present study was to verify the effects of a hypoglycemic and hyperproteic diet on the weight gain and biochemical profile of male Wistar rats. **Material and Methods:** The 21-day-old animals were randomly divided into two groups of 10: control group (CG) and group treated with hypoglycemic and hyperprotein (GT) diet for 15 weeks. Body weight and feed intake were evaluated daily. The levels of glucose, total cholesterol, urea, creatinine, triglycerides, TGO and TGP were determined at the end of the experiment after 12 hours of fasting. **Results:** Although the hypoglycemic and hyperprotein diet promoted a reduction in body weight gain, there was a change in the biochemical profile characterizing an important reduction in triglycerides, creatinine and GRT, suggesting possible renal and hepatic damage.

Keywords: Hypoglycemic-hyperproteic diets. Biochemical profile. Wistar rats.

Resumen

Introducción: La obesidad es una enfermedad caracterizada por aumento de peso debido al aumento de tejido adiposo o masa grasa en el cuerpo. Actualmente, esta condición se considera un problema de salud pública ya que representa un factor de riesgo importante para otras enfermedades crónicas degenerativas. **Objetivo:** El objetivo de este estudio fue investigar los efectos de una dieta alta en proteínas y hipoglicídica en el aumento de peso y el perfil bioquímico de ratos Wistar macho. **Material y Método:** Los animales, con 21 días de edad, fueron divididos aleatoriamente en dos grupos de 10, grupo control y grupo tratado con dieta hipoglicídica e hiperproteica, durante 15 semanas. El peso corporal y el consumo de alimento fueron evaluados diariamente. Los niveles de glucosa, colesterol total, urea, creatinina, triglicéridos, transaminasa glutâmica oxalacética y, transaminasa glutâmica pirúvica se determinaron al final del experimento después de 12 horas de ayuno. **Resultados:** Los resultados se expresaron como media \pm desviación estándar y se analizaron usando el T de Student teniendo en cuenta el nivel de significación de $P < 0,05$. **Conclusión:** Aunque la dieta hipoglicídica e hiperproteica ha promovido una reducción en la ganancia de peso corporal, hubo alteración en el perfil bioquímico caracterizando importante cuadro de reducción de triglicéridos, aumento de creatinina y TGO, sugiriendo posibles daños renal y hepático.

Palabras clave: Dieta hipoglicídica-hiperproteica. Perfil bioquímico. Ratos Wistar.

* Biomédicas graduadas pelo curso de Biomedicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP.

** Acadêmicos do curso de Medicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP.

*** Doutora em Genética pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP, São José do Rio Preto-SP), docente da disciplina de Genética Humana do curso de Medicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP. Responsável pelo Laboratório de Citogenética Humana e Ambulatório de Aconselhamento Genético do Hospital Emílio Carlos, UNIFIPA, Catanduva-SP. Contato: medicinailce@gmail.com

INTRODUÇÃO

A obesidade pode ser definida como um distúrbio nutricional e metabólico caracterizado pelo aumento do tecido adiposo ou massa gorda no organismo. Atualmente, esta condição é considerada um problema de saúde pública, pois representa importante fator de risco para outras doenças crônicas degenerativas^{1,2}.

A orientação dietética constitui uma das principais estratégias para perda de peso e controle da obesidade. Entretanto, nas últimas décadas, tem surgido uma série de dietas, denominadas dietas da moda, que prometem perda de peso rápida e fácil através da modificação dos constituintes alimentares sem diminuir o consumo de calorias e/ou sem aumentar o gasto energético e que têm atraído uma grande quantidade de adeptos. Na verdade, são práticas alimentares populares e temporárias que promovem resultados rápidos, mas sem fundamentação científica³.

A dieta hipoglicídica, hiperlipídica e hiperproteica proposta pelo Dr. Atkins em seu livro "A nutrição revolucionária do Dr. Atkins", publicado em 1981 é, sem dúvida, a mais famosa de todas elas. Segundo a qual deve-se restringir totalmente a ingestão de carboidratos para que a gordura corporal, mobilizada a partir dos ácidos graxos constituintes dos triglicerídeos armazenados no tecido adiposo, seja utilizada como substrato energético^{4,6}.

Mais recentemente, a dieta Dukan, ou dieta da proteína, vem sendo utilizada com alta prevalência por garantir perda de peso rápida através da substituição de carboidratos por proteínas e lipídeos⁷.

OBJETIVOS

Considerando a importância do tema e a escassez de dados científicos comparativos, propôs-se o presente trabalho que teve por objetivo verificar os efeitos de uma dieta hipoglicídica e hiperproteica palatável administrada por período de tempo prolongado no ganho ponderal, consumo alimentar e perfil bioquímico de ratos Wistar machos em fase de crescimento.

MATERIAL E MÉTODO

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para Uso de Animais (CEUA) do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), sob número 01/16.

Ratos Wistar machos, com 21 dias de vida,

procedentes do biotério UNIFIPA, foram separados em grupo controle (GC) (n=10), que recebeu dieta normocalórica constituída por ração comercial para ratos (Nuvilab®), e grupo tratado (GT) (n=10), alimentado com dieta hipoglicídica e hiperproteica constituída por 70% de soja texturizada e 30% de ração comercial, por um período de 15 semanas.

Durante o período de experimentação, os animais foram mantidos em gaiolas individuais, em ambiente com temperatura constante de $23\pm 1^{\circ}\text{C}$, foto período artificial de 12/12 horas, com alimentação e água *ad libitum*. O peso corporal, consumo de água e ração foram avaliados diariamente.

Após 15 semanas de dieta, os animais foram privados de alimento durante 12 horas e eutanasiados com injeção intraperitoneal de pentobarbital sódico (50 mg/kg de peso corporal), seguida de laparotomia com retirada do fígado, rins e baço.

O sangue foi coletado por punção cardíaca em seringa heparinizada e centrifugado durante 15 minutos. Os órgãos foram pesados e mantidos em formaldeído a 4% para análises posteriores.

As análises bioquímicas foram realizadas através da dosagem dos níveis séricos de glicose, triglicérides, colesterol total, ureia, creatinina, transaminase glutâmica oxalacética (TGO) e transaminase glutâmica pirúvica (TGP) com a utilização de kits *Labtest* de acordo com as recomendações do fabricante.

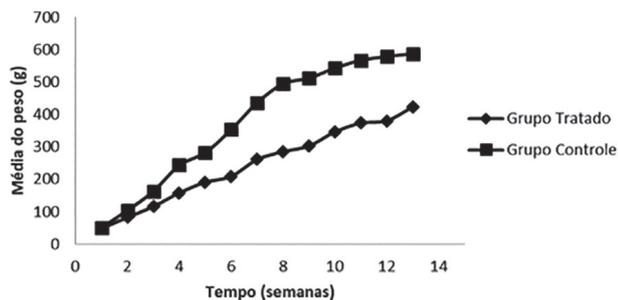
Os dados foram expressos como média \pm desvio padrão e analisados por meio do teste "t" de *Student* considerando o nível de significância $p < 0,05$.

RESULTADOS

A avaliação da evolução ponderal demonstrou que, no início do experimento, não havia diferença estatisticamente significativa ($p=0,85$) entre o grupo tratado e o controle. Ao final do período experimental, todos os animais apresentaram aumento de peso, entretanto, os ratos submetidos à dieta hipoglicídica e hiperproteica apresentaram menor índice de ganho de peso, comparados aos ratos do grupo controle. Ao final de 15 semanas de experimentação, os ratos do grupo tratado apresentaram peso corporal médio de $423,53\pm 56,24$, enquanto o do GC foi de $587,46\pm 47,71$ ($p=0,002$, entre os dois grupos) (Figura 1). O consumo

alimentar foi significativamente menor no grupo experimental ($p=0,003$).

Figura 1 - Evolução do peso corporal final em gramas. Variação semanal (3 a 15 semanas). Os valores estão expressos em média \pm desvio-padrão



Ao final do período experimental, os animais do grupo tratado apresentaram redução significativa de triglicédeos quando comparados ao GC ($p=0,01$). A dieta hipoglicídica hiperproteica causou aumento significativo nos níveis de creatinina e TGO ($p=0,01$; $p=0,02$, respectivamente). Os níveis de glicose, colesterol total, ureia e TGP não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos (Tabela 1).

Tabela 1 - Dosagens bioquímicas de glicose (GLI), triglicérides (TRI), Colesterol Total (CT), ureia (URE), Creatinina (CRE), TGO e TGP dos animais dos grupos controle e tratado

	Controle		Tratado	
	X ⁻	DP	X ⁻	DP
GLI	158,01	59,55605	94,573	51,95007
TRI	28,549	11,18335	20,67	8,031603*
CT	46,836	6,507176	41,524	5,600579
URE	11,723	1,979551	11,876	1,648243
CRE	0,9458	0,185667	1,7689	0,698111*
TGO	130,875	26,27387	154,4375	14,02843*
TGP	70,71429	29,71025	84	27,164

X⁻: médias; DP: desvio-padrão; * $p<0,05$

Nesta pesquisa foi estudado o efeito de uma dieta hipoglicídica e hiperproteica de longa duração no peso corporal e parâmetros bioquímicos de ratos Wistar machos em fase de crescimento.

A avaliação do peso corporal e do consumo alimentar em ratos mantidos em dietas especiais são conflitantes na literatura⁸. No presente estudo, observamos que os ratos do grupo experimental apresentaram menor ganho de peso, comparados àqueles do controle. Ao final das 15 semanas do experimento, os ratos submetidos a dieta hiperproteica apresentaram massa corporal $423,53\pm 56,24$,

enquanto que os da dieta normocalórica $587,46\pm 47,71$ ($p=0,002$ entre os dois grupos). O consumo alimentar também diferiu entre os grupos, atingindo $116\pm 6,225$ e $173,73\pm 10,53$, no tratado e controle, respectivamente.

Com base nesses dados, podemos inferir que o maior ganho de peso nos animais alimentados com ração comercial pode ter sido consequência de maior ingestão calórica promovida pela dieta. Dietas hiperproteicas com elevado teor de lipídeos têm sido descritas na literatura como indutoras de obesidade em ratos, no entanto, os resultados observados em outros estudos corroboram com os observados na presente pesquisa⁸⁻¹⁰.

Os animais do grupo experimental apresentam redução significativa da trigliceridemia quando comparada ao controle, o que pode ser associado a um aumento na lipólise a partir da hidrólise de triglicédeos do tecido adiposo por redução dos níveis de glicose na dieta hiperproteica¹¹.

Os níveis de TGO mostraram-se elevados no GT, com diferença estatisticamente significativa quando comparados ao controle, sugerindo que o aumento de proteínas na dieta pode resultar em dano hepático, uma vez que elevações séricas das transaminases oxalacética e pirúvica estão associadas a alterações hepatocelulares¹². Resultados semelhantes foram referidos por Lobo Filho et al¹³. durante a indução de um modelo experimental de infarto do miocárdio com isoproterenol em ratos.

Efeitos hepatotóxicos diagnosticados por níveis elevados de TGO em ratos Wistar também foram relatados por Santos et al.¹⁴ com a administração crônica de Ayahuasca. No entanto, dietas ricas em proteínas provocam excesso de aminoácidos nos tecidos, que serão utilizados para produção de energia e neoglicogênese, liberando ureia proveniente do metabolismo proteico realizado no fígado, o que pode explicar a hepatotoxicidade evidenciada pelo aumento dos níveis de TGO^{15,16}.

A creatinina resulta do metabolismo da degradação da creatino-fosfato no músculo. A sua produção é constante e está diretamente relacionada com a massa muscular. Valores aumentados de creatinina estão associados à insuficiência renal. Por outro lado, a ingestão elevada de proteínas pode aumentar potencialmente os níveis séricos de creatinina. Esses dados podem explicar os níveis elevados de creatinina observados no grupo que fez uso de dieta hiperproteica^{11,14,16,17}.

CONCLUSÃO

Apesar da grande discussão e da popularidade do assunto, há carência de dados científicos relativos ao uso de dietas hipoglicídicas e hiperproteicas e suas consequências no controle do sobrepeso, da obesidade e dos parâmetros bioquímicos.

No presente trabalho, observamos que seu uso reduziu significativamente o peso corporal, consumo alimentar e os níveis plasmáticos de triglicérides, além de elevar os valores de creatinina e TGO nos animais do GT quando comparados com aqueles que receberam dieta padrão. Embora tenhamos obtido reduções na trigliceridemia, o trabalho não classificou essa redução como favorável ou desfavorável visto que esse componente participa de diversas reações metabólicas do organismo, Assim como as alterações de creatinina e TGO podem ser representativas de danos renal e hepático, respectivamente.

Estudos adicionais envolvendo os fatores acima referidos poderão promover informação científica sustentável sobre os efeitos metabólicos das dietas hipoglicídicas e hiperproteicas que possam ser aceitas pelas entidades de saúde como uma opção de tratamento para o controle da obesidade e das patologias mórbidas a ela associadas.

REFERÊNCIAS

1. Costa RF. Composição corporal: teoria e prática da avaliação. Barueri, SP: Manole; 2001.
2. Queiroga MR. Teses e medidas para avaliação da aptidão física relacionada à saúde em adultos. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan; 2005.
3. Nunes MA, Appolinario JC, Galvão AL, Walmir C. Transtornos alimentares e obesidade. 2ª. ed. Porto Alegre, RS: Artes Médicas; 2006.
4. Atikins RC. A nutrição revolucionária do Dr. Atikins. Rio de Janeiro, RJ: Arte Nova Ltda; 1981.
5. Dukan P. O método Dukan: eu não consigo emagrecer. 7ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: Best Seller; 2013.
6. Astrup A, Meinert LT, Harper A. Atikins and other low carbohydrate diets: hoax or an effective tool for weight loss? Lancet. 2004; 364(9437):897-9.
7. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Diretrizes brasileiras de obesidade. São Paulo; 2008.
8. Duarte ACGO, Fonseca DF, Manzoni MSJ, Soave CF, Sene-Fiorese M, Dâmaso AR, et al. Dieta hiperlipídica e capacidade secretória de insulina em ratos. Rev Nutr. 2006; 19(3):341-8.
9. Akiyama T, Tachibana I, Shirohara H, Watanabe N, Otsuki M. High-fat hypercaloric diet induces obesity, glucose intolerance and hyperlipidemia in normal adult male Wistar rat. Diabetes Res Clin Pract. 1996; 31(1-3):27-35.
10. Borba AJ, Reis LC, Rocha MGM, Silva MF, Tibúrcio DTS, Pereira SAL, et al. Dieta hiperlipídico-proteica utilizada para emagrecimento induz obesidade em ratos. Rev Nutr. 2011; 24(4):519-28.
11. Nelson DL, Cox MM. Princípios de bioquímica: Lehninger. 5ª. ed. São Paulo: Omega; 2014.
12. Lee WM. Drug-induced hepatotoxicity. N Engl J Med. 2003; 349:474-85.
13. Lobo Filho HG, Ferreira NL, Sousa RB, Carvalho ER, Lobo LD, Lobo Filho JG. Modelo experimental de infarto do miocárdio induzido por isoproterenol em ratos. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2011; 26(3):469-76.
14. Santos AC, Azevedo BRMS, Pereira NK, Irulegui RSC, Baracho NCV. Efeitos cardiovasculares, renais e hepáticos produzidos pela administração crônica de Ayahuasca em ratos hipertensos. Rev Ciências em Saúde. 2013; 3(4):21-38.
15. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 12 a. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier Brasil; 2006.
16. Lima RSN. Caminhando pela bioquímica. Fortaleza, CE: Virtual books; 2003.
17. Ravel, R. Laboratório clínico. 6ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan; 1997.

EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA: MOTIVAÇÃO E SATISFAÇÃO

NURSING TEAM IN THE PUBLIC HEALTH CONTEXT: MOTIVATION AND SATISFACTION

EQUIPO DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO DE LA SALUD PÚBLICA: MOTIVACIÓN Y SATISFACCIÓN

Renan Thomaz dos Reis*, Adriana Aparecida Delloiagono de Paula**, Claudia Augusta Hidalgo***

Resumo

Introdução: Na enfermagem, o trabalho mediado pela interação e comunicação entre profissionais e pacientes, constitui-se em processo humano e intersubjetivo. Ante a importância do trabalho na assistência à saúde, é fundamental que a equipe de enfermagem esteja motivada e satisfeita em relação às suas ações e ao produto delas decorrente. Satisfação representa um indicador de bem-estar fisiológico e/ou emocional e associa-se a melhores resultados no trabalho, melhores resultados organizacionais e a otimização dos cuidados prestados. Objetivo: Apresentar dados sobre a satisfação do profissional de enfermagem no contexto da saúde pública por meio dos elementos constituintes de satisfação e insatisfação no trabalho, descritos segundo a percepção destes profissionais. Material e Método: Estudo descritivo, realizado em serviços de saúde pública de um município do interior do estado de São Paulo, no qual foram sujeitos 33 profissionais, sendo 13 enfermeiros, 18 técnicos de enfermagem e 2 auxiliares de enfermagem. Resultados: A maioria dos sujeitos referiu desmotivação, 52%. Desse montante, 61% relataram como fator desmotivacional a falta de reconhecimento na unidade, 37% destacaram o salário, 16% referiram-se às políticas da empresa e 14% às condições físicas e ambientais no trabalho. Todavia, 48% dos profissionais referiram sentir-se motivados, destes, 97% gostam do que fazem, 85% sentem-se satisfeitos com a função que exercem e 70% sentem-se estimulados. Conclusão: Avaliar, periodicamente, de forma sistemática, os aspectos do trabalho relacionados à motivação e o grau de satisfação por parte das instituições de saúde, é fundamental, para, assim, adotarem-se medidas que transformem a realidade vivenciada por estes e outros profissionais da saúde, minimizando suas insatisfações diante das funções que desempenham, considerando-se que o reconhecimento profissional, condições adequadas de trabalho e o respeito pessoal são essenciais à motivação e a satisfação no trabalho.

Palavras-chave: Trabalho. Enfermagem. Saúde pública. Motivação. Satisfação profissional.

Abstract

Introduction: In nursing, work mediated by interaction and communication between professionals and patients is a human and intersubjective process. Given the importance of work in health care, it is essential that the nursing staff is motivated and satisfied with their actions and the resulting product. Satisfaction represents an indicator of physiological and / or emotional well-being and is associated with better work results, better organizational results and the optimization of care provided. Objective: To present data on the satisfaction of nursing professionals in the context of public health through the constituent elements of satisfaction and dissatisfaction at work, described according to the perception of these professionals. Material and Method: Descriptive study, conducted in public health services of a municipality in the interior of the state of São Paulo, in which 33 professionals were subjected, 13 nurses, 18 nursing technicians and 2 nursing assistants. Results: Most subjects reported demotivation, 52%. Of this amount, 61% reported as lacking in motivation the lack of recognition in the unit, 37% highlighted the salary, 16% referred to company policies and 14% referred to physical and environmental conditions at work. However, 48% of professionals reported feeling motivated, of these, 97% like what they do, 85% feel satisfied with their role, and 70% feel stimulated. Conclusion: To systematically evaluate aspects of work related to motivation and satisfaction by health institutions, is fundamental, so as to adopt measures that transform the reality experienced by these and other professionals of health, minimizing their dissatisfaction with the functions they perform, considering that professional recognition, adequate working conditions and personal respect are essential to motivation and job satisfaction.

Keywords: Work. Nursing. Public health. Motivation. Professional satisfaction.

Resumen

Introducción: En la enfermería, el trabajo mediado por la interacción y comunicación entre profesionales y pacientes, se constituye en proceso humano e intersubjetivo. Ante la importancia del trabajo en la asistencia a la salud, es fundamental que el equipo de enfermería esté motivado y satisfecho en relación a sus acciones y al producto resultante. La satisfacción representa un indicador de bienestar fisiológico y / o emocional y se asocia a mejores resultados en el trabajo, mejores resultados organizacionales y la optimización de los cuidados prestados. Objetivo: Presentar datos sobre la satisfacción del profesional de enfermería en el contexto de la salud pública por medio de los elementos constituyentes de satisfacción e insatisfacción en el trabajo, descritos según la percepción de estos profesionales. En el presente trabajo se analizaron los resultados obtenidos en el análisis de los resultados obtenidos en el análisis de los resultados obtenidos. Material y Metodos: Estudio descriptivo realizado en servicios de salud pública en una ciudad del interior del estado de São Paulo, en el que se presentaron 33 profesionales, 13 enfermeras, 18 técnicos de enfermería y 2 auxiliares de enfermería. Resultados: La mayoría de los sujetos refirió la desmotivación, el 52%. De ese monto, el 61% relató como factor desmotivacional la falta de reconocimiento en la unidad, el 37% destacó el salario, el 16% se refirió a las políticas de la empresa y el 14% las condiciones físicas y ambientales en el trabajo. Sin embargo, el 48% de los profesionales indicó sentirse motivados, de éstos, el 97% les gusta lo que hacen, el 85% se siente satisfecho con la función que ejercen, y el 70% se siente estimulado. Conclusión: Evaluar, periódicamente, de forma sistemática, los aspectos del trabajo relacionados con la motivación y el grado de satisfacción por parte de las instituciones de salud, es fundamental, para, así, adoptar medidas que transformen la realidad vivenciada por éstos y otros profesionales de la salud, minimizando sus insatisfacciones ante las funciones que desempeñan, considerando que el reconocimiento profesional, condiciones adecuadas de trabajo y el respeto personal son esenciales para la motivación y la satisfacción en el trabajo.

Palabras clave: Trabajo. Enfermería. Salud pública. Motivación. Satisfacción profesional.

*Enfermeiro graduado pela Universidade Paulista (UNIP), São José do Rio Preto-SP, Brasil. Contato: renan-thomaz@hotmail.com
**Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EERP-USP. Docente na Universidade Paulista (UNIP), São José do Rio Preto-SP, Brasil.
***Doutora em Biotecnologia pelo IQ-Unesp. Docente na Universidade Paulista (UNIP), São José do Rio Preto-SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma profissão que exige uma dedicação especial do profissional, uma vez que o cuidar do outro em sua integralidade significa não apenas auxiliar na resolução de seus problemas físicos, mas também identificar as suas necessidades e buscar formas de atendê-las. As atribuições desse profissional vão desde a promoção da saúde e da prevenção de doenças, até o cuidado de povos doentes, de deficientes e de moribundos, além do apoio e da promoção de um ambiente seguro para o paciente¹.

Considerando a importância desse grupo na prestação da assistência e sua grande proporção de atividades em relação aos demais profissionais da saúde, é fundamental que os membros da equipe de enfermagem se encontrem satisfeitos em relação ao trabalho que realizam².

Ressalta-se que o desempenho no trabalho está associado, principalmente, a dois fatores, ambos com grande influência para os servidores: motivação e satisfação no trabalho³. A partir desses elementos, foram descobertos fatores que quando estão presentes proporcionam alto nível de satisfação, em contrapartida, a insatisfação é determinada pela ausência deles. Fatores estes, denominados por Frederick Herzberg de motivacionais ou pessoais. Por outro lado, os fatores de insatisfação, quando ausentes, trazem o mesmo nível de satisfação quando presentes e são intitulados de higiênicos ou organizacionais⁴.

A esse respeito, Frederick Herzberg⁵ distingue os fatores motivadores e os de manutenção. Fatores motivadores, intrínsecos ao indivíduo, por opção, são representados por: realização, reconhecimento, responsabilidade, ascensão e desenvolvimento, e produzem no indivíduo, esforço próprio para a realização das tarefas. Já os fatores de manutenção são extrínsecos ao indivíduo. Trata-se dos elementos fornecidos ao trabalhador para o desempenho de suas atividades, tais como: condições de trabalho, salário, segurança, contexto, benefícios e política institucional. Outra distinção necessária para a compreensão do pensamento de Herzberg⁵ é a existente entre motivação e satisfação. Motivação é uma propensão para a ação originada de uma necessidade, enquanto satisfação é algo que sacia a necessidade.

A satisfação está associada a melhores resultados no trabalho, melhores resultados organizacionais e a uma otimização dos cuidados prestados ao paciente⁶.

O trabalho não supre apenas as necessidades financeiras do profissional, mas também as emocionais, por ser uma forma de autossatisfação, autovalorização e realização pessoal. Nesse sentido, a satisfação do trabalhador torna-se um indicador da qualidade da prestação de serviço, visto que quando este está satisfeito se envolve e se compromete mais com a empresa em que trabalha⁷.

Considerando que a insatisfação no trabalho pode acarretar potenciais prejuízos à saúde do trabalhador, investigar a satisfação no trabalho da equipe de enfermagem pode contribuir para a identificação de problemas nos serviços de saúde; contribuir para o planejamento de possíveis soluções e, conseqüentemente, a produção de melhorias no ambiente de trabalho e na qualidade dos serviços⁸.

OBJETIVO

Apresentar dados sobre a satisfação do profissional de enfermagem no contexto da saúde pública por meio dos elementos constituintes de satisfação e insatisfação no trabalho, descritos segundo a percepção destes profissionais.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo de caráter descritivo, desenvolvido em serviços de saúde pública de um município do interior do estado de São Paulo, cuja população possui cerca de 17.869 habitantes⁹. No contexto da saúde pública, o município compreende um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), um Centro de Especialidades, um Centro de Saúde, um Centro Odontológico e três serviços de Estratégia da Saúde da Família (ESF).

A amostra foi composta por 33 profissionais da enfermagem (100%) que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: atuar na saúde pública do município, com tempo de experiência igual ou superior a três meses, que não estavam em período de férias ou licença durante o período de coleta de dados, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados foram utilizados: a) ficha

de caracterização pessoal e profissional; b) entrevista semiestruturada contendo questões norteadoras¹⁰; c) identificação da satisfação/motivação no trabalho fundamentado na Teoria dos dois Fatores de Herzberg e no questionário Índice de Satisfação no Trabalho (IST) ou *Index of Work Satisfaction (IWS)*, criado por Stamps¹¹, traduzido e validado para o Brasil por Lino¹². Esse instrumento utiliza os componentes de satisfação no trabalho: *Status Profissional*, *Requisitos do Trabalho*, *Normas Organizacionais*, *Remuneração*, *Interação e Autonomia*⁴.

A ficha de caracterização pessoal e profissional continha informações como sexo, idade, categoria profissional, turno de trabalho, outro vínculo empregatício, tempo de trabalho na profissão e no local do estudo, carga horária diária de trabalho e sua colaboração com a renda familiar.

As questões norteadoras compreenderam: significado, satisfação e insatisfação no trabalho para o participante; e de acordo com o significado que o participante atribuiu à satisfação e à insatisfação no trabalho, quais elementos ele considera que contribuem para que a satisfação e/ou a insatisfação ocorram.

A identificação da satisfação/motivação no trabalho foi ancorada na teoria dos dois fatores que afirma que a satisfação compreende conteúdo ou atividades desafiadoras e estimulantes, que são os chamados fatores motivadores, e que a insatisfação compreende o ambiente, da supervisão, dos colegas e do contexto geral, que são os chamados fatores higiênicos.

A escala de medida utilizada é a do tipo Likert que varia entre um e quatro pontos, na qual menores pontuações representam maior presença de atributos favoráveis (satisfação) à prática profissional da enfermagem. Os escores para cada uma das subescalas podem ser obtidos pela média dos escores das respostas dos sujeitos, podendo variar entre um e quatro pontos, sendo que escores elevados representam ambientes desfavoráveis (insatisfação)¹³. Tal escala é um instrumento com índices de validade e confiabilidade satisfatórias¹⁴.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de março a maio de 2018. Os servidores da enfermagem foram abordados em seu local de trabalho e aqueles que aceitaram participar foram orientados quanto ao estudo e, em seguida, o próprio pesquisador preencheu os

instrumentos da pesquisa.

Os dados foram tabulados no programa Microsoft® Excel 2010 Windows e analisados pelo programa SAS for Windows® (*Statistical Analysis System*) versão 9.1.3. Para avaliação da confiabilidade da versão brasileira do NWI-R, utilizou-se a análise da consistência interna, e valores acima de 0,60 para o coeficiente alfa de Cronbach foram considerados satisfatórios.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Paulista (UNIP) conforme parecer nº 2.509.622, seguindo as Normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 33 profissionais de enfermagem, sendo eles 13 enfermeiros (39%), 18 técnicos em enfermagem (55%) e 2 auxiliares em enfermagem (6%). A caracterização da população demonstrou que a idade média dos participantes correspondeu a 40,9 anos (DP±10). A média do tempo de atuação na profissão foi de 14 anos (DP± 6) e na instituição foi de 8 anos (DP± 7). Todos os participantes eram do sexo feminino, e a predominância feminina na força de trabalho da saúde é corroborada por outros autores, reproduzindo a característica histórica que começou com a enfermagem, profissão exercida quase que exclusivamente por mulheres¹⁵.

Com relação a ter outro vínculo empregatício, 29% dos participantes declararam tê-lo. Quanto à colaboração na renda da família, constatou-se que 14 participantes (43%) colaboram 100% e 8 participantes (24%) destinam-lhe 75% da renda.

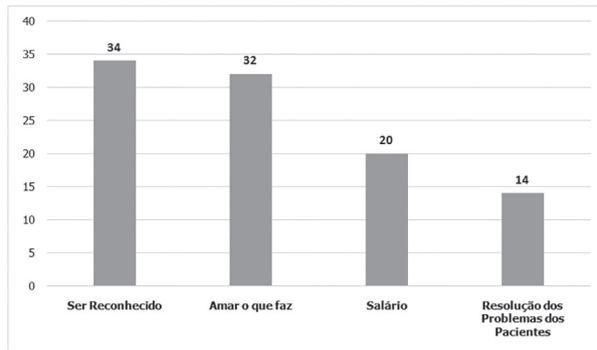
A carga horária diária de trabalho foi de 8 horas para 16 profissionais atuantes nas Unidades Básicas da Saúde da Família (UBSF) (48%) e de 6 horas para os 17 profissionais atuantes em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), distribuídos nos três turnos do dia (manhã, tarde e noite) (52%).

Nas questões norteadoras¹⁰ procurou-se identificar o significado de satisfação e insatisfação no trabalho para o participante.

Diante da análise das respostas apresentadas pelos participantes ao questionamento, identificou-se que para o indivíduo sentir-se satisfeito no trabalho é necessário que tenha reconhecimento profissional, amar o que faz,

ter salário adequado para o cargo exercido e ter recursos no local do trabalho para a resolução dos problemas dos pacientes (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Significado de satisfação no trabalho segundo os participantes do estudo, São José do Rio Preto-SP, Brasil, 2018



Os resultados apresentados pelos participantes corroboram com os achados na literatura⁹, pois a satisfação no trabalho representa a somatória de diferentes elementos que compõem o mundo pessoal e profissional, bem como o resultado da avaliação que o trabalhador tem acerca de seu trabalho. Destaca-se um conjunto de elementos que contribuem para que haja satisfação, como: o reconhecimento, a felicidade, o respeito, o ambiente de trabalho e as condições de trabalho.

Estes elementos de satisfação são mais bem visualizados nas falas de alguns dos participantes:

“Satisfação no trabalho pra mim significa fazer o trabalho com prazer e satisfação pessoal, fazer o que gosta. Além disso ser valorizado tanto profissionalmente quanto em questão salarial”. (P1)

“Satisfação é quando estamos satisfeitos com o que realizamos, executamos e principalmente merecedores de um salário justo”. (P2)

“Satisfação no trabalho é olhar o outro como um todo. Ver a recuperação do paciente não tem preço”. (P3)

Com relação à insatisfação no trabalho, na medida em que o trabalhador não tem concretizadas ou atendidas suas necessidades ou expectativas em relação ao trabalho, surge o componente de insatisfação¹⁰. Dessa maneira, pontua-se uma série de fatos, recursos, sentimentos e situações que abarcam a dimensão da insatisfação.

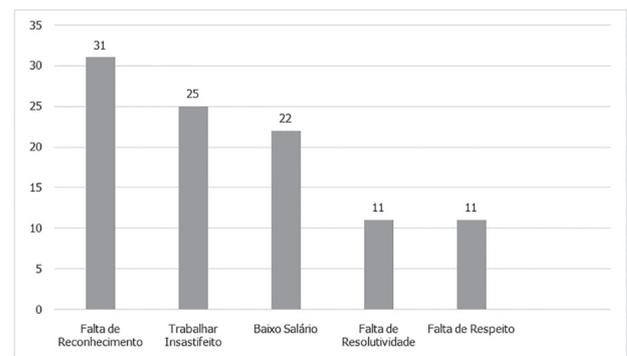
Para os participantes, o significado de insatisfação no trabalho compreende a falta de reconhecimento profissional por parte dos superiores (31%), o fato de

trabalhar insatisfeito (25%), a remuneração salarial baixa pelo tipo de atividade realizada e as responsabilidades assumidas (22%); a ausência de uma política de provimento de recursos estruturais que impedem a equipe de prestar uma assistência mais resolutiva para o paciente, o que proporciona falta de respeito por parte dos usuários do serviço (11%) (Gráfico 2).

Observa-se que a insatisfação na resolutividade compreende o fato de o município estudado só oferecer serviços de atenção primária ou básica, sendo que a sua demanda de procedimentos de média e alta complexidade tem de ser encaminhada para o município vizinho.

Por não encontrar condições de trabalho favoráveis no desempenho de suas atividades, o que afeta a necessidade de autorrealização, e à medida que não consegue resolver as necessidades do usuário e suas próprias exigências em relação à qualidade do serviço prestado, o trabalhador começa a sentir-se insatisfeito com a instituição¹⁶.

Gráfico 2 - Significado de insatisfação no trabalho segundo os sujeitos do estudo, São José do Rio Preto-SP, Brasil, 2018



“Insatisfação é quando você procura dar o melhor de si, e não ser reconhecido por isso. É ter que se deslocar do setor para outra unidade por falta de aparelho na unidade”. (P4)

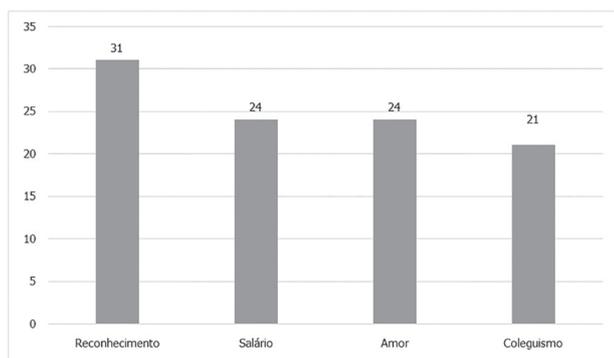
“Insatisfação para mim é exercer uma função ou cargo que não lhe agrada ou trabalhar em um local que não lhe agrada”. (P5)

“Insatisfação é quando não sou reconhecida, ou seja, meu trabalho não é reconhecido principalmente pelos pacientes”. (P6)

Quanto ao significado que o participante atribuiu à satisfação e à insatisfação no trabalho, procurou-se identificar quais elementos ele considera que possam contribuir para que a satisfação e/ou a insatisfação ocorram. Os elementos atribuídos à satisfação no trabalho pelos participantes compreenderam os elementos significativos de satisfação para eles, sendo que a ausência desses elementos desencadeia a insatisfação no trabalho.

Para os participantes, a satisfação no trabalho encontra-se fundamentada em subsídios que permitam a realização de seu trabalho, como a adequação de recursos humanos, materiais e as relações favoráveis estabelecidas neste ambiente (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Elementos atribuídos à satisfação no trabalho, São José do Rio Preto-SP, Brasil, 2018



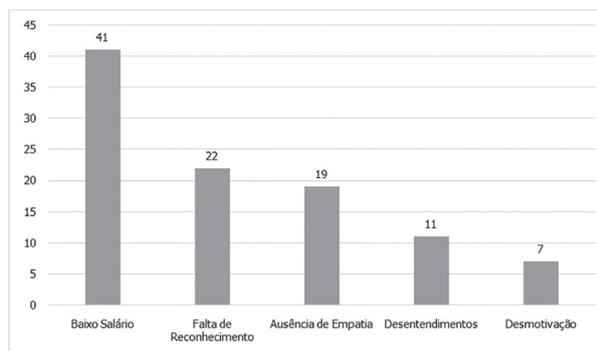
O reconhecimento ocorre em duas diferentes dimensões: a primeira delas seria o reconhecimento no sentido de constatação; este envolveria o reconhecimento da realidade que representa a contribuição individual, específica à organização do trabalho¹⁷. Para Herzberg⁵, essa dimensão do reconhecimento pressupõe o confronto de importantes resistências hierárquicas. Trata-se do reconhecimento das falhas organizacionais do trabalho prescrito, o que implica o reconhecimento das contribuições e do valor indispensável do trabalhador para que o processo de trabalho funcione.

A segunda dimensão do reconhecimento é a relativa ao sentido de gratidão. É o trabalhador ser reconhecido por sua contribuição à organização do trabalho¹⁷. Herzberg⁵ refere que este tipo de reconhecimento é concedido de forma esporádica.

Observa-se, diante das respostas dos participantes, que a ausência ou desequilíbrio dos elementos responsáveis pela satisfação no trabalho proporcionam ao

trabalhador a insatisfação (Gráfico 4). Reitera-se também que a complexidade do processo de trabalho desenvolvido na área de enfermagem pode constituir-se como uma fonte de insatisfação, pois lidar com o sofrimento alheio é uma difícil atribuição.

Gráfico 4 - Elementos atribuídos à insatisfação no trabalho segundo os sujeitos do estudo, São José do Rio Preto-SP, Brasil, 2018



Um dos fatores que mais causa insatisfação em um profissional é quando este se considera injustiçado¹⁸. A remuneração proporciona um sentimento de segurança e define o padrão de vida da pessoa e de seus dependentes, funciona também como uma fonte de reconhecimento quanto a suas habilidades profissionais e desempenho dentro da organização.

Tendo em vista identificar a satisfação dos participantes no trabalho que exercem, constatou-se que 52% deles encontram-se desmotivados em seu trabalho.

A desmotivação no trabalho é um malefício que pode interferir tanto no rendimento das pessoas quanto na produtividade das atividades, sendo que alguns determinantes de desmotivação compreendem a remuneração, sobrecarga de atividades, falta de reconhecimento, ambiente de trabalho ruim, insegurança no trabalho e liderança ruim¹⁹.

Com relação a "gostar do que faz", 97% afirmaram que sim. A esse respeito, Lima et al.²⁰ relatam que o "gostar do que faz" proporciona satisfação para o profissional, uma vez que o processo envolve uma relação de identificação deste com o trabalho, de sentir-se participante do processo e não apenas executor de tarefas delegadas, realizadas de forma alienada.

Constatou-se, então, que devido ao fato de os participantes afirmarem que gostam do que fazem, 85% manifestaram estarem satisfeitos com a função que exercem, sendo que 70% deles consideraram estimulante

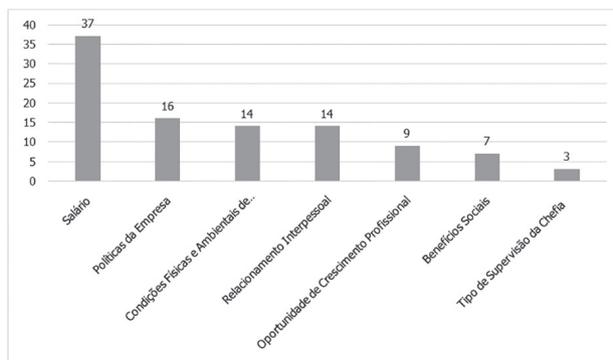
seu trabalho.

Frederick Herzberg, psicólogo e consultor americano, procurou, em seus estudos, conhecer o comportamento humano no ambiente de trabalho, analisando os fatores relacionados à satisfação e à insatisfação dos trabalhadores; para ele, haveria uma diferença entre satisfação e motivação no trabalho. A satisfação no trabalho garante uma maior estabilidade na organização, ajuda a diminuir a rotatividade e atua na manutenção de uma produtividade estável, porém baixa, além de permitir criar atitudes positivas para o desenvolvimento da motivação; no trabalho, por sua vez, a motivação faz com que o indivíduo se torne mais responsável nas funções laborais, repercutindo, conseqüentemente, em um aumento da produtividade e da qualidade do trabalho²¹.

A motivação não pode ser confundida com satisfação, visto que a satisfação se refere ao estado em que o trabalhador se sente satisfeito no contexto do trabalho, enquanto a motivação corresponde ao estado em que se sente com disposição ou vontade para trabalhar produtivamente²². Dessa forma, o predomínio de um elevado grau de motivação na organização resultará em trabalhadores mais equilibrados e produtivos.

Com relação à motivação, 52% dos participantes afirmaram se sentir desmotivados em seu trabalho, e o principal fator desmotivador alegado foi o salário (37%) (Gráfico 5)

Gráfico 5 - Fatores desmotivacionais no trabalho, São José do Rio Preto-SP, Brasil, 2018



A questão salarial foi também indicada como um dos fatores de maior insatisfação e desmotivação para o trabalho da enfermagem corroborando estudo realizado²³, uma vez que o profissional se avalia como mal remunerado para as suas atribuições, carga horária e responsabilidade

assumida.

Constatou-se ainda a política da empresa como fator desmotivacional para os participantes (16%). Um indivíduo, ao trabalhar em determinado local, espera encontrar recursos que permitam a realização de seu trabalho, como a adequação de recursos humanos, materiais e relações favoráveis estabelecidas neste ambiente, sendo que estes aspectos proporcionam ao trabalhador satisfação em seu trabalho e, conseqüentemente, motivação para realizá-lo²⁴.

Referente ao *status* profissional, quando os trabalhadores são reconhecidos e valorizados desenvolvem seus afazeres com maior empenho e satisfação. No estudo, 61% dos participantes afirmaram não se sentirem reconhecidos por sua atuação profissional.

O reconhecimento e o prestígio social podem fazer com que os profissionais da enfermagem se sintam satisfeitos e plenos no desempenho de suas atividades laborais.

Constatou-se ainda que, mesmo sentindo desmotivação, embora satisfeitos com a função que exercem no local do estudo, todos os participantes (100%) afirmaram não ter interesse em mudar de setor/unidade. Esperam estar realizando trabalhos na instituição daqui a 5 ou 10 anos (81%).

O ambiente de trabalho determinará quais fatores, extrínsecos ou intrínsecos são mais importantes na decisão de permanecer ou sair do emprego²⁵. Os trabalhadores geralmente excluem os fatores extrínsecos - quais sejam, os salários e possibilidades de promoção, porém outros fatores podem determinar a permanência ou saída do emprego, referentes aos valores culturais e morais que o funcionário traz consigo.

Isso resulta em um ambiente de trabalho agradável, amigável e melhora substancialmente a qualidade de vida das pessoas na organização.

Para os participantes, do estudo, trabalhar no local onde a pesquisa foi realizada proporcionou o sentimento de realização (29%) e alegria (25%). Para Ribeiro e Santada²⁶, o comprometimento e a motivação do trabalhador ocorrem de maneira mais natural em ambientes onde eles tenham prazer em realizar suas atividades.

A satisfação é influenciada por fatores que geram no indivíduo sentimentos favoráveis para mantê-lo satisfeito no ambiente de trabalho. Envolve um conjunto de

situações e sensações que contemplam desde os princípios e as regras das organizações, como o estado emocional do indivíduo, até suas expectativas com a organização²⁰.

A alteração do nível de satisfação de um indivíduo em relação a outro é comum, mesmo quando desempenham atividades idênticas. Um indivíduo pode se sentir satisfeito hoje com o seu trabalho e insatisfeito amanhã com o que lhe é oferecido. É importante que os gestores organizacionais estejam atentos às mudanças no comportamento dos indivíduos e das equipes de trabalho. Outro elemento importante que pode promover a satisfação no trabalho é a transparência nas relações entre a organização e os trabalhadores. A insegurança, ou dúvida com as políticas organizacionais permite a incerteza por parte do indivíduo em relação às tratativas que a organização poderá adotar, podendo ser um gerador de insatisfação no trabalho²⁷.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se que o trabalho pode ser fonte de satisfação e, ao mesmo tempo, gerar insatisfação/desmotivação, pois a maioria dos participantes relatou gostar do que faz, que trabalha com sentimento de realização e prazer, que não tem interesse em mudar de setor, embora quase a metade deles tenha afirmado sentir-se desmotivada. A complexidade do trabalho na enfermagem ao lidar com questões de dor, sofrimento, angústia e morte também concorre para o desencadeamento desse sentimento.

Em relação aos fatores desmotivacionais, verificou-se que o salário, políticas da empresa e condições físicas e ambientais de trabalho foram os itens mais citados, coincidindo com a teoria de Herzberg, para quem a satisfação no cargo se dá em função do conteúdo ou atividades desafiadoras e estimulantes e que a insatisfação depende do ambiente, da supervisão, dos colegas e do contexto geral.

A satisfação na percepção de cada profissional está relacionada a sentimentos, é emocional, subjetiva e tem importância variável e diferenciada para cada indivíduo. Também tem forte influência na qualidade de vida do profissional e nos serviços prestados ao paciente.

Já a insatisfação aparece como o oposto da satisfação e está relacionada aos elementos que a organização oferece ao servidor. A insatisfação diminui a qualidade do serviço prestado pelo profissional da

enfermagem e gera sérios problemas para a organização e ao ambiente de trabalho. Consideraram-se também como fatores negativos os conflitos, sentimento de frustração e descontentamentos.

O estudo apontou condições laborais inapropriadas e inadequadas nas relações de trabalho da enfermagem. A partir dos motivos de insatisfação elencados pelos profissionais de enfermagem é possível levantar aspectos do trabalho que precisam ser repensados e melhorados por parte das instituições de saúde, para assim, adotarem-se medidas que transformem a realidade vivenciada por estes e outros profissionais da área da saúde, minimizando suas insatisfações no contexto das funções que desempenham.

REFERÊNCIAS

1. Internacional Council of Nurses. About ICNP®: definitions & elements [Internet]. 2006 [citado em 28 dez. 2018]. Disponível em: http://www.icn.ch/icnp_def.html.
2. Jeong DJY, Kurcgant P. Factors of work dissatisfaction according to the perception of nurses of a university hospital. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(4):655-61.
3. Muogbo US. The impact of employee motivation on organisational performance (a study of some selected firms in Anambra state Nigeria). *Int J Eng Sci.* 2013; 2(7):70-80.
4. Melara SVG, Beccaria LM, Carta A, Contrin LM. Motivação da equipe de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Arq Ciênc Saúde.* 2006; 13(3):128-35.
5. Herzberg FI. One more time: how do you motivate employees? *Harv Bus Rev.* 1968; 46(1):53-62.
6. Lu H, Barriball KL, Zhang X, While AE. Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2012; 49(8):1017-38.
7. Cecagno D, Cecagno S, Siqueira HCH. Satisfação de uma equipe de enfermagem quanto à profissão e emprego num hospital do sul do estado do Rio Grande do Sul. *Cogitare Enferm.* 2003; 8(1):34-8.
8. Melo MB, Barbosa MA, Souza PR. Job satisfaction of nursing staff: integrative review. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011; 19(4):1047-55.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Cidades [Internet]. 2016 [citado em 27 dez. 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/guapiacu/panorama>
10. Nunes CM, Tronchin DMR, Meleiro MM, Kurcgant P. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev Eletr Enf [Internet].* 2010 [citado em 18 dez. 2018]; 12:252-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a04.htm>.
11. Stamps PL. Nurses and work satisfaction: an index for measurement. 2ª. ed. Chicago, Health Administration Press; 1997.
12. Lino MM. Satisfação profissional entre enfermeiras de UTI adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction (IWS). [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1999.
13. Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospitals: the revised nursing work index. *Nurs Res.* 2000; 49:146-53.

14. Orts-Cortés MI, Moreno-Casbas T, Squires A, Fuentelsaz-Gallego C, Maciá-Soler L, González-María E; consorcio RN4CAST-España and RN4CAST Team. Content validity of the Spanish version of the Practice environment scale of the nursing work index. *Appl Nurs Res.* 2013; 26(4):e5-9.
15. Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, Oliveira ES, Moysés MNM. A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. *Divulg Saúde Debate.* 2010; 45:55-71.
16. Batista AAV, Vieira MJ, Cardoso NCS, Carvalho GRP. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(1):85-91.
17. Dejours C. A sublimação, entre o sofrimento e prazer no trabalho. *Rev Port Psicanálise.* 2013; 33(2):9-28.
18. Favarim FN. Remuneração e salário: uma abordagem jurídico/administrativa. *Rev Ciênc Gerenciais.* 2015;15(21):209-24.
19. Giacomelli W, Borges GDR, Dos Santos EG. Determinantes da desmotivação no trabalho: uma investigação teórica e empírica. *Rev Adm Roraima RARR.* 2017; 6(1):4-17.
20. Lima AJ, Zille LP, Soares MG. Um olhar sobre a satisfação no trabalho: estudo em organização multinacional do setor de usinagem no estado de Minas Gerais. *Gestão Planej.* 2015;16(3):209-24.
21. Bezerra FD, Andrade MFC, Andrade JS, Vieira MJ, Pimentel D. Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(1):33-7.
22. Lourenço MR, Trevizan MA. Líderes da enfermagem brasileira: sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança & enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm.* 2001; 9(3):14-9.
23. Sartoreto IS, Kurcgant P. Satisfação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Rev Bras Ciênc Saúde [Internet].* 2017 [citado em 16 ago. 2018];21(2):181-8.
24. Pol P, Zarpellon LD, Matia G. Fatores de (in) satisfação no trabalho da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Cogitare Enferm.* 2014; 19(1):63-70.
25. Marques AL, Borges R, Reis IC. Mudança organizacional e satisfação no trabalho: um estudo com servidores públicos do estado de Minas Gerais. *Rev Adm Pública.* 2016; 50(1):41-58.
26. Ribeiro LA, Santana LC. Qualidade de vida no trabalho: fator decisivo para o sucesso organizacional. *Rev Iniciação Cient.* 2015; 2(2):75-96.
27. Paula P, Stefano SR, Andrade SM, Zampier MA. Clima e cultura organizacional em uma organização pública. *Gestão e Regionalidade [Internet].* 2011 [citado em 15 dez. 2018]; 27(81):59-73. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.13037/gr.vol27n81.1279>

Envio: 14/09/2018
Aceite: 12/12/2018

CONSTRUÇÃO DE UM AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM PARA O ENSINO DE OSTEOLOGIA HUMANA VOLTADA A GRADUANDOS DE ENFERMAGEM

VIRTUAL LEARNING ENVIRONMENT CONSTRUCTION FOR THE TEACHING OF HUMAN OSTEOLOGY TO NURSING STUDENTS

CONSTRUCCIÓN DE UN AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAJE PARA LA ENSEÑANZA DE OSTEOLOGÍA HUMANA CONVERTIDO A GRADUANDOS DE ENFERMERÍA

Adriani Izabel de Souza Moraes*, Maria Claudia Parro**

Resumo

Introdução: O ensino de anatomia humana é complexo e possui inúmeras nomenclaturas difíceis de serem memorizadas. Diante deste contexto, a utilização de recursos inovadores como as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) são fundamentais, pois amplia o acesso a educação. A *WebQuest* é uma estrutura de aprendizagem impulsionadora da busca ativa pelos graduandos que permite a integração e aquisição do conhecimento, otimiza o tempo dos graduandos, além de estimular a criatividade do professor. **Objetivo:** Desenvolver um ambiente virtual de aprendizagem (AVA) para o ensino de osteologia humana para o uso dos graduandos de Enfermagem. **Material e Método:** Estudo descritivo, desenvolvido por meio de um AVA e utilização do modelo *WebQuest* com a finalidade de promover a aprendizagem a graduandos de enfermagem de uma instituição de ensino do Noroeste Paulista. **Resultado:** O Ambiente Virtual de Aprendizagem foi construído no modelo *WebQuest* curta, utilizando a plataforma *Google Sites*, constituído por 7 páginas, contendo um menu dividido em itens: introdução, tarefa, processo, avaliação e créditos, com objetivos educacionais voltados ao ensino-aprendizado de graduandos de enfermagem sobre a temática osteologia humana. **Conclusão:** A criação da *WebQuest* facilita a aprendizagem dos graduandos de enfermagem sobre o tema osteologia, conhecimento fundamentalmente utilizado na realização de procedimentos desenvolvidos pela enfermagem durante o cuidado e a assistência ao paciente, assim como garante maior confiabilidade e segurança.

Palavras chave: Informática em enfermagem. Educação em enfermagem. *WebQuest*. Osteologia. Tecnologia da informação.

Abstract

Introduction: The teaching of human anatomy is complex, since it has numerous nomenclatures, making it difficult to memorize them. In this context, the use of innovative resources such as Information and Communication Technologies (ICTs) is extremely important, expanding access to education. *WebQuest* is a learning structure that promotes the active search for undergraduated students, allowing the integration and acquisition of the knowledge, optimizing the time of the students and working with the teacher creativity. **Objective:** To develop a virtual learning environment (VLE) for the teaching of human osteology to Nursing students. **Method:** This is a methodological research of development in the modality of a descriptive study, involving the development of an VLE through the use of the *WebQuest* model with the purpose of promoting the learning to nursing students of a institution of Northwest of Sao Paulo State. **Result:** The VLE was built on the short *WebQuest* model, using the *Google Sites* platform, which consists of a total of 7 pages, containing a menu divided into items: introduction, task, process, evaluation and credits, with educational objectives focused on teaching-learning of nursing students on the subject of human osteology. **Conclusion:** The creation of *WebQuest* aimed to facilitate the learning related to the subject of osteology to nursing students, since this is fundamental for the accomplishment of procedures provided by nursing during the care with the patient, allowing a greater reliability and guarantee of safety.

Keywords: Nursing informatics. Education nursing. *WebQuest*. Osteology. Information technology.

Resumen

Introducción: La enseñanza de anatomía humana es compleja y tiene innumerables nomenclaturas difíciles de memorizar. En este contexto, la utilización de recursos innovadores como las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) son fundamentales, pues amplía el acceso a la educación. La *WebQuest* es una estructura de aprendizaje impulsora de la búsqueda activa por los graduandos que permite la integración y adquisición del conocimiento, optimiza el tiempo de los graduandos, además de estimular la creatividad del profesor. **Objetivo:** Desarrollar un ambiente virtual de aprendizaje (AVA) para la enseñanza de osteología humana para el uso de los graduandos de Enfermería. **Material y Método:** Estudio descriptivo, desarrollado por medio de un AVA y utilización del modelo *WebQuest* con la finalidad de promover el aprendizaje a graduandos de enfermería de una institución de enseñanza del Noroeste Paulista. **Resultados:** El entorno Virtual de Aprendizaje fue construido en el modelo *WebQuest* corto, utilizando la plataforma *Google Sites*, constituida por 7 páginas, conteniendo un menú dividido en ítems: introducción, tarea, proceso, evaluación y créditos, con objetivos educativos dirigidos a la enseñanza-aprendizaje de graduandos de enfermería sobre la temática osteología humana. **Conclusión:** La creación de la *WebQuest* facilita el aprendizaje de los graduandos de enfermería sobre el tema osteología, conocimiento fundamentalmente utilizado en la realización de procedimientos desarrollados por la enfermería durante el cuidado y la asistencia al paciente, así como garantiza mayor confiabilidad y seguridad.

Palabras clave: Informática en enfermería. Educación en enfermería. *WebQuest*. Osteología. Tecnología de la información.

* Acadêmica do curso de Enfermagem do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP.

**Enfermeira, doutora em Ciências da Saúde, coordenadora e docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP. Contato: mcparro@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Anatomia Humana é a ciência que estuda a estrutura do ser humano macro e microscopicamente, além da sua constituição e desenvolvimento¹. As nomenclaturas na anatomia humana são próprias e englobam termos que são originados de diversas línguas, como a grega, e estes são estudados a partir de uma padronização a fim de cessar a ambiguidade. Essa linguagem própria da Anatomia Humana recebe o nome de Nômina Anatômica².

O corpo humano, por sua vez, constitui uma unidade estrutural e funcional, tendo como um de seus sistemas, o esquelético³, cujas funções são o apoio e a sustentação, a proteção dos órgãos vitais, além de armazenar cálcio e outros sais e ser uma fonte de células sanguíneas⁴. Dentro do sistema esquelético há a osteologia, que se refere ao estudo dos ossos, sendo estes peças rijas, de número, formas e coloração variáveis, revestidos por um tecido conjuntivo, periósteo, que em conjunto constituem o esqueleto¹.

Nota-se o quanto o ensino de anatomia é complexo, uma vez que possui diversas estruturas, com inúmeras nomenclaturas, dificultando a memorização destas e tornando a aprendizagem desestimulante aos graduandos⁵. O ensino deste conteúdo é realizado, na maior parte, em laboratórios, por meio de cadáveres dissecados, associado a aulas expositivas com uso de mídias e aulas teóricas⁵. Nesse contexto, é perceptível que a anatomia é uma das disciplinas que servem como alicerce para compreensão da fisiopatologia e realização de procedimentos que são prestados durante a assistência de Enfermagem⁶.

Diante deste contexto, a utilização de recursos inovadores como as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) é de extrema importância, ampliando o acesso a educação, sendo utilizados como apoio às atividades presenciais e também como atividades semipresenciais ou a distância⁷. As TICs são veículos para transmissão, transformação e criação de conteúdos que podem estar associados a uma tecnologia de ensino, fazendo com que as informações se tornem acessíveis, além de instigar a atividade social e cognitiva dos graduandos⁸.

Dentre as TICs, como um ambiente virtual de aprendizagem há a *WebQuest*, desenvolvida por Bernie Dodge em 1995. Posteriormente, Tom March contribuiu para o seu desenvolvimento com base em uma perspectiva

educativa ao fazer com que os alunos questionassem e se concentrassem no uso das informações, aumentando, dessa forma, o interesse dos estudantes^{9,10}. Ademais, é uma atividade baseada em pesquisa, pois as informações disponibilizadas são provenientes de recursos *on-line*, não exigindo *softwares* específicos. Esta ferramenta utilizada no ensino é uma estrutura de aprendizagem que impulsiona a busca ativa pelos graduandos, permitindo a integração e a aquisição do conhecimento, otimizando o tempo dos graduandos e trabalhando com a criatividade do professor^{9,11}.

Ao se refletir sobre os dilemas e desafios da memorização das nômimas anatômicas de osteologia pelos graduandos de Enfermagem, e as facilidades tecnológicas para criação de um ambiente virtual de aprendizagem (AVA) voltado ao ensino de anatomia humana, surgiram os seguintes questionamentos: como organizar oportunidades de aprendizagem das nômimas anatômicas por meio de informações disponíveis na internet e *softwares* especializados? O uso da metodologia *WebQuest* facilitará o processo de memorização e aprendizagem das nômimas anatômicas de osteologia pelos graduandos de Enfermagem?

OBJETIVO

Desenvolver um AVA para o ensino de osteologia humana voltado a graduandos de Enfermagem.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo descritivo com base no desenvolvimento de um AVA por meio da utilização do modelo *WebQuest* com a finalidade de facilitar a aprendizagem de graduandos de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior (IES) do Noroeste Paulista acerca da temática osteologia humana. A trajetória metodológica foi fundamentada em três etapas, concepção e planejamento, desenvolvimento e avaliação.

A primeira etapa, concepção e planejamento, é a base do projeto de desenvolvimento do AVA, pois é o momento em que se caracteriza o público alvo, escolhe-se o tema a ser abordado, definem-se os objetivos educacionais, os recursos disponíveis, o design instrucional e as técnicas de modelagem¹². Na segunda etapa, a de desenvolvimento, elaborou-se uma *WebQuest* curta objetivando a integração de conhecimentos, podendo ser realizada em um ou em

três momentos pelos graduandos¹¹. O desenvolvimento refere-se aos componentes, introdução, tarefa, processo, avaliação e conclusão, momento em que são incluídas imagens, recursos de mídia e conclusão de uma *WebQuest*. A terceira etapa refere-se à avaliação, considerando clareza e coerência da *WebQuest*¹³, por meio de avaliação dos materiais desenvolvidos, com intuito de verificar a nitidez do conteúdo, sua pertinência e seu objetivo.

A *WebQuest* foi construída para disponibilização em plataforma *Google Sites*, com recursos de imagens e animação disponíveis na *Web*. Utilizou-se para a construção do AVA os requisitos de qualidade de usuários, baseados no referencial de avaliação da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR ISO/IEC 14598-625¹⁴, direcionados para medida da qualidade de *software*, a partir de três características: eficácia, produtividade e satisfação, por meio do instrumento de Parro¹⁵. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Ensino Superior do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), referente aos aspectos éticos observados, quando da realização de pesquisa em seres humanos sob parecer número 3.027.696.

Procedeu-se uma avaliação inicial realizada pelas próprias pesquisadoras envolvidas, em que se analisaram os aspectos de conteúdo, funcionalidade e navegabilidade, identificando possíveis dificuldades ou erros relacionados à compreensão da escrita, *links* disponibilizados e formatação do AVA. Em segundo momento, verificaram-se as arguições da análise. O AVA foi submetido à avaliação de especialistas docentes da área, e profissionais de Tecnologias da Informação (TI) antes de disponibilizado aos graduandos de enfermagem.

RESULTADOS

O AVA foi construído com base no modelo *WebQuest* curto, constituído em seu total por 7 páginas, com objetivos educacionais voltados ao ensino-aprendizado de graduandos de Enfermagem sobre a temática osteologia humana.

A apresentação do AVA é composta por uma tela de abertura, onde se encontra disponível o título da *WebQuest* e os logos de identificação da IES em que está alocada a pesquisa; na parte superior, horizontalmente, há o menu principal, formado pelo ícone de boas vindas, introdução, tarefa, processo,

conclusão, avaliação e créditos (Figura 1).

Figura 1 - Tela de exibição da seção "Boas Vindas" da *WebQuest* "Osteologia em Enfermagem", Catanduva-SP, Brasil, 2018



A segunda seção, introdução, aborda de forma sucinta e atrativa o tema anatomia humana, explicando a osteologia humana, e enfatiza a importância de se conhecer as nomenclaturas anatômicas como facilitador para realização dos procedimentos durante a realização da assistência de Enfermagem. Em seguida, o ícone tarefa descreve qual atividade deverá ser realizada pelo graduando, sendo encontrados materiais de apoio na seção processo, conforme demonstra a Figura 2. A seção processo constitui-se de materiais que serão utilizados pelos graduandos para auxiliá-los no entendimento do tema abordado, contendo *hiperlinks*, que uma vez clicado sobre os títulos, os direcionam a páginas da internet e a plataformas digitais como o *Youtube*. Ademais, quando clicado sobre a figura do esqueleto acenando, o *site* direciona a um questionário na plataforma *Google Forms*, com questões sobre o conteúdo de osteologia abordado nas etapas anteriores.

Figura 2 - Tela de exibição da seção "Processo" da *WebQuest* "Osteologia em Enfermagem", Catanduva-SP, Brasil, 2018

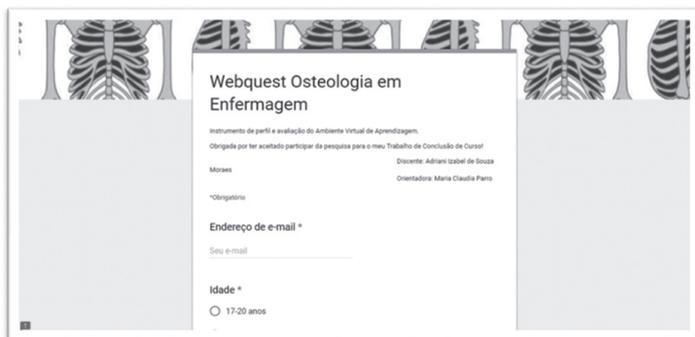


No ícone avaliação (Figura 3) há um instrumento que possui, primeiramente, questões abordando o perfil sociodemográfico dos estudantes; após, consta um instrumento de validação do AVA, com questões baseadas na ISO/IEC 14598-625¹⁴. Nesta tela, quando os graduandos clicam sobre a imagem são redirecionados a uma página do *Google Forms* (Figura 4) para que realizem o questionário.

Figura 3 - Tela de exibição da seção "Avaliação" da *Web Quest* "Osteologia em Enfermagem", Catanduva-SP, Brasil, 2018



Figura 4 - Tela de exibição do redirecionamento da página avaliação ao questionário *Google Forms*, Catanduva-SP, Brasil, 2018



Em continuidade, no menu estão disponíveis os tópicos conclusão e créditos. Na conclusão tem-se a finalização do AVA, em que se considera sobre a importância da anatomia e também da utilização das TICs como forma de auxílio na aprendizagem, contendo também um questionário o qual visa averiguar a visão dos graduandos em utilizar o AVA (Figura 5). Os créditos, em seguida, apresentam as referências utilizadas para elaboração do AVA. Deve-se ressaltar que todos os ícones ficam disponíveis para que, quando necessário, seja possível retornar ao menu para verificação dos materiais disponíveis.

Figura 5 - Tela de exibição do redirecionamento da página "Conclusão" ao questionário *Google Forms*, Catanduva - SP, Brasil, 2018



DISCUSSÃO

O ensino de anatomia tende cada vez mais a adaptar-se à evolução didático-pedagógica. Sabe-se da dificuldade encontrada para obtenção de cadáveres para o ensino e também dos avanços ocorridos nos meios digitais. Assim, a tecnologia, como complemento no ensino de anatomia, favorece a aprendizagem, uma vez que é meio de busca ativa de conhecimentos pelos graduandos¹⁶.

As Tecnologias de Informação para aprendizagem têm sido cada vez mais utilizadas. Por meio delas, os graduandos podem desfrutar de forma mais ativa do aprendizado, despertando o desenvolvimento de habilidades, tendo ainda como auxílio a utilização da internet para que isso se concretize¹⁷. Essas alterações na maneira de ensinar são realizadas no intuito de auxiliar a compreensão e a memorização¹⁵. Ademais, a utilização das TICs gera motivação de buscar o conhecimento pelos graduandos, facilita a compreensão, impactando diretamente na aprendizagem destes¹⁸.

Uma das TICs disponíveis é a *WebQuest*, composta por seis partes essenciais: Introdução, Tarefa, Processo, Avaliação, Conclusão e Recursos. Este tipo de AVA facilita a utilização contínua dos conteúdos disponibilizados, permitindo aos graduandos aplicarem suas habilidades e a busca ativa na *Web* como complemento¹⁹.

O modelo de ensino utilizado na aprendizagem dos graduandos pode afetá-los tanto de forma positiva quanto negativa, devendo o docente utilizar métodos inovadores, estimulando a interação destes⁵. A otimização do tempo que é ofertada ao aluno pelos ambientes virtuais de aprendizagem é grande incentivo para a busca de aprendizagem pelos estudantes²⁰.

Estudo de Strkalj et al.²⁰ realizado em Sydney, na Austrália, reforça a vantagem de se utilizar as tecnologias para o ensino de anatomia, a exemplo de vídeos curtos

como recurso educacional.

A utilização de outros meios de ensino como *softwares*, programas virtuais, dispositivos móveis, principalmente na área da anatomia, é indispensável para a propedêutica, pois acarreta em um melhor ensino aprendizagem²¹.

CONCLUSÕES

O desenvolvimento de novos meios para aprendizagem de anatomia humana se faz gradativamente mais presente na atualidade. A criação da *WebQuest* visou facilitar a aprendizagem do tema de osteologia por

graduandos de Enfermagem, uma vez que este conteúdo é fundamental para a realização de procedimentos prestados pela Enfermagem durante o cuidado com o paciente, promovendo maior confiabilidade e garantia de segurança.

O AVA estruturou-se no modelo *WebQuest*, utilizando a plataforma *Google Sites*. Trata-se de um método inovador, de fácil acesso, sem custo, que permite ao graduando uma busca ativa, com comodidade e flexibilidade.

REFERÊNCIAS

1. Fattini D. Anatomia humana sistêmica e segmentar. 3ª. ed. São Paulo: Atheneu; 2007.
2. Gomes IC, Perles JVC, Lopes CPB. Prática de laboratório: modelo didático aplicado ao estudo de conceitos introdutórios à anatomia humana. *Arq MUDI*. 2014; 18(1):5-17.
3. Bontrager MKL, Lampignano JP. Tratado de posicionamento radiográfico e anatomia associada. 8ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier; 2015.
4. Hansen JT, Lambert DR. Netter anatomia clínica. 3ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier; 2015.
5. Pereira Júnior AA. Perspectivas do acadêmico de educação física no ensino da anatomia humana. *Rev Uniabeu*. 2017; 10(25):217-27.
6. Cocce ALR, Silveira LM, Goes FDSN, Souza ALT, Stabile AM. O ensino da anatomia nas escolas de enfermagem: um estudo descritivo. *Arq Ciências Saúde*. 2017;24(4):8-13.
7. Silva AC, Bernardes A, Évora YDM, Dalri MCB, Silva AR, Sampaio CSJC. Development of a virtual learning environment for cardiorespiratory arrest training. *Rev Esc Enf USP*. 2016;50(6):988-95.
8. Justus MB, Francisco AC, Fávero GM, Justus JFC. Anatomia em foco: utilização de um blog como ambiente virtual de aprendizagem para o ensino de anatomia humana. In: IV Simpósio Nacional de Ensino de Ciência e Tecnologia, 2014.
9. Akçay A. The opinions of the turkish teacher candidates about the Webquest. *Universal J Educat Res*. 2017;5(11):1986-94.
10. Shulgina EM. Teaching via webquest. *Language Culture*. [internet] 2017; [citado em 22 nov. 2018] 9:118-25. Disponível em: <http://vital.lib.tsu.ru/vital/access/manager/Repository/vtls:000583203>
11. Azevedo MC, Puggian C, Friedmann CVP. Webquest fácil: um site para o ensino de matemática. *Rev Educ Cienc Mat*. 2017;7(1):213-25.
12. Caetano KC. Desenvolvimento e avaliação de um ambiente virtual de aprendizagem em administração em enfermagem. 2006. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Universidade de São Paulo; 2006.
13. Abar CAAP, Barbosa LM. WebQuest: um desafio para o professor. São Paulo: Avercamp; 2018.
14. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR/ISSO/IEC 14598-6: 2004: engenharia de software: avaliação de produto: parte 6: documentação de módulos de avaliação. Rio de Janeiro, RJ: ABNT; 2004.
15. Parro MC, Évora YDM. Ambiente virtual de aprendizagem para enfermagem em saúde ocupacional. Uma proposta de educação continuada em serviço. Maurítius: Novas Edições Acadêmicas; 2017.
16. Silva JH, Foureaux G, Sá MA, Schetino LPL, Guerra LB. O ensino-aprendizagem da anatomia humana: avaliação do desempenho dos alunos após a utilização de mapas conceituais como uma estratégia pedagógica. *Rev Cienc Educ*. 2018;24(1):95-110.
17. Tibes CM, Dias JD, Westin UM, Domingues NA, Zem-Mascarenhas SH, Évora YD. Desenvolvimento de recursos educacionais digitais para o ensino em enfermagem. *Rev Enferm UFPE online [Internet]*. 2017 [citado em 22 nov. 2018]; 11(supl.3):1326-1334. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13972/16815>
18. Jiménez LAM. El uso de webquest como recurso didáctico. Análisis de una experiencia en la clase de literatura. *Rev Convergencia y Transversalidad Humanidades*. 2018; 69-76.
19. Ronda JPR, Carranza MG, Blanco DM. Actividades de enseñanza-aprendizaje basadas en internet una alternativa didáctica. *Rev Tecnología Educativa*. 2016;1(1):98-105.
20. Strkalj G, Hulme A, El-Haddad J, Luo K, Crafford D, Rampe, M. Students' perceptions and usage of short anatomy videos: a preliminary study. *Int J Morphol*. 2018;36(2):493-9.
21. Gondim VJT, Nogueira IC, Alexandria AR, Gurgel DC, Capistrano Júnior VLM, Barros Filho EM. Aplicativos de anatomia humana em dispositivos móveis: uma revisão sistemática. *Motricidade*. 2018;14(1):393-7.

Envio: 13/11/2018
Aceite: 12/12/2018

Revisão de Literatura



A NOVA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E O CONTEXTO ATUAL DE SAÚDE: UMA REFLEXÃO CRÍTICA

THE NEW NATIONAL POLICY OF BASIC ATTENTION AND THE CURRENT CONTEXT OF HEALTH: A CRITICAL REFLECTION

LA NUEVA POLÍTICA NACIONAL DE ATENCIÓN BÁSICA Y EL CONTEXTO ACTUAL DE SALUD: UNA REFLEXIÓN CRÍTICA

Aline Fiori dos Santos Feltrin*, Tatiane Veteri Coneglian**

Resumo

Introdução: A Atenção Básica segue algumas diretrizes fundamentais para a organização da assistência em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivos:** Identificar as mudanças mais significativas na publicação de 2017 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e refletir de forma analítica e criticamente as publicações referentes à revisão da PNAB; identificar na literatura os principais avanços, críticas e desafios apontados a partir da publicação da PNAB de 2017. **Material e Método:** Estudo descritivo, de análise documental e revisão de literatura, estruturado em três partes. A primeira delas discute a trajetória histórica da PNAB até 2017. A segunda aborda as publicações a partir de 2017 que citam as mudanças propostas da PNAB na publicação de 2017. A terceira parte discute os achados na literatura e as principais críticas, avanços e desafios apontados pelos autores referentes à publicação de 2017. **Resultados:** Algumas mudanças na nova PNAB foram importantes no sentido de aprofundar os conceitos fundamentais que regem a Atenção Básica, porém alguns pontos da nova publicação abrem precedentes para que a economia do município sobressaia à qualidade da assistência e estruturação da Atenção Básica, criando um cenário que necessita cada vez mais de qualificação técnica da gestão e de apropriação dos profissionais e da população acerca do que a Política impacta na assistência para que a busca por melhorias seja constante e ocupe espaço na agenda política local e nacional. **Conclusão:** Embora não divulgadas de forma impositiva, as definições conceituais da PNAB 2017 podem alterar a qualidade assistencial do cuidado na Atenção Básica.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Idoso. Vulnerabilidade em saúde. Dependência.

Abstract

Introduction: Primary Care follows some fundamental guidelines for the organization of health care in the Unified Health System (SUS). **Objectives:** To identify the most significant changes in the 2017 publication of the National Primary Care Policy (PNAB) and to reflect analytically and critically the publications related to the PNAB review; to identify in the literature the main advances, criticisms and challenges pointed out from the publication of the PNAB of 2017. **Material and Method:** Descriptive study, of documentary analysis and literature review, structured in three parts. The first one discusses the historical trajectory of the PNAB until 2017. The second addresses the publications from 2017 that cite the proposed changes of the PNAB in the 2017 publication. The third part discusses the findings in the literature and the main criticisms, advances and challenges pointed out by the authors about the publication of 2017. **Results:** Some changes in the new PNAB were important in order to deepen the fundamental concepts that govern the Primary care, however some points of the new publication open precedents so that the economy of the municipality excelled to the quality of the assistance and structuring of the Primary Care, creating a scenario that requires more and more technical qualification of management and appropriation of professionals and the population about what the Policy impacts on the assistance so that the search for improvements is constant and occupy space in the local and national political agenda. **Conclusion:** Although not disclosed in a tax form, the conceptual definitions of PNAB 2017 can change the care quality of care in Primary Care.

Keywords: Primary health care. Aged. Health vulnerability. Dependency.

Resumen

Introducción: La Atención Básica sigue algunas directrices fundamentales para la organización de la asistencia en salud en el Sistema Único de Salud (SUS). **Objetivos:** Identificar los cambios más significativos en la publicación de 2017 de la Política Nacional de Atención Básica (PNAB) y reflejar de forma analítica y críticamente las publicaciones referentes a la revisión de la PNAB; en la literatura de los principales avances, críticas y desafíos señalados a partir de la publicación de la PNAB de 2017. **Material y Método:** Estudio descriptivo, de análisis documental y revisión de literatura, estructurado en tres partes. La primera de ellas discute la trayectoria histórica de la PNAB hasta 2017. La segunda aborda las publicaciones a partir de 2017 que citan los cambios propuestos de la PNAB en la publicación de 2017. La tercera parte discute los hallazgos en la literatura y las principales críticas, avances y desafíos señalados por los " los autores referentes a la publicación de 2017. **Resultados:** Algunos cambios en la nueva PNAB fueron importantes en el sentido de profundizar los conceptos fundamentales que rige la Atención Básica, pero algunos puntos de la nueva publicación abren precedentes para que la economía del municipio sobresalía a localidad de la asistencia y estructuración de la Atención Básica, creando un escenario que necesita cada vez más de calificación técnica de la gestión y de apropiación de los profesionales y de la población acerca de lo que la Política impacta en la asistencia para que la búsqueda de mejoras sea constante y ocupe espacio en la agenda política local y nacional. **Conclusión:** Aunque no divulgadas de forma impositiva, las definiciones conceptuales de la PNAB 2017 pueden alterar la calidad asistencial del cuidado en la Atención Básica.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Anciano. Vulnerabilidad en salud. Dependencia.

*Mestre, doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo (USP-Ribeirão Preto), docente dos cursos de graduação em Enfermagem e em Medicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP. Contato: alinefiori@gmail.com

**Graduanda do curso de Enfermagem do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP.

INTRODUÇÃO

A proposta e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, após anos de luta e movimentos para a adoção de um sistema de saúde gratuito no país, trouxe grandes desafios para a oferta de um sistema de saúde para todos, de maneira universal, equânime e integral. A Atenção Básica, desde então, vem sendo o ponto focal de discussão ao longo dos anos e dos avanços na consolidação do SUS, uma vez que se compõe de um conjunto de ações com o objetivo de redefinir as práticas em saúde, articulando as bases de promoção, proteção e assistência, ressignificando o cuidado e a organização do sistema de saúde, como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, baseada no trabalho em equipe e na prática colaborativa de forma integral, para enfrentar as realidades locais^{1,2}.

A Atenção Básica segue algumas diretrizes fundamentais para a organização da assistência em saúde no SUS. Tem como estratégia prioritária, desde 1994 quando foi proposta, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), indicada como a melhor forma de organizar a Atenção Básica no âmbito Municipal, com vistas a ampliar a visão do modelo historicamente médico-curativista para a compreensão da saúde coletiva, centrada na família e na comunidade, abrindo espaço e autonomia aos atores envolvidos no processo do fazer em saúde, de forma participativa e de acordo com as diversas realidades locais no país³.

Desta forma, a ESF valoriza a participação da população por meio de um processo de construção de sujeitos e do fazer em saúde, através de uma relação humanizada e compartilhada^{3,4}.

Em 2006, a Portaria nº 648/2006 formulou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e em 2011, a Portaria nº2488/2011 publicou a sua primeira revisão, reunindo as suas diretrizes, as atribuições profissionais, o papel de cada esfera do governo e o financiamento, além do detalhamento do papel da Atenção Básica na organização do SUS, sendo ordenadora e coordenadora do cuidado. Porém, em 2016, foi proposta uma nova revisão da mesma, trazendo conflitos e opiniões divergentes, sendo publicada a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. É fundamental reconhecer que tais mudanças têm motivações para além da organização do sistema, envolvendo embates políticos e econômicos, sendo

possível e necessário realizar uma análise crítica a respeito do caminho percorrido até a publicação da nova PNAB em 2017^{5,6}.

Diante dos grandes desafios na consolidação do SUS, em seus 29 anos de existência, bem como a complexidade da Atenção Básica na produção do cuidado, estudar o impacto das mudanças no documento norteador do modo de organização da Atenção Básica, pela atualização da PNAB, é fundamental. Assim, é de grande importância contextualizar avanços e desafios que possam surgir de uma nova atualização para os profissionais e demais atores que vivenciam a prática diária na Atenção Básica.

OBJETIVOS

Identificar as mudanças mais significativas na publicação de 2017 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e refletir de forma analítica e criticamente as publicações referentes à revisão da PNAB; identificar na literatura os principais avanços, críticas e desafios apontados a partir da publicação da PNAB de 2017.

MÉTODO

Estudo descritivo, de análise documental e revisão de literatura, constituído de 03 etapas: a primeira, de levantamento documental nos sites oficiais do Ministério da Saúde (Departamento de Atenção Básica - DAB) a respeito dos documentos e portarias que tratem sobre a PNAB; a segunda, de levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) de artigos que apresentaram análise crítica a respeito das mudanças da PNAB; e a terceira, de análise dos documentos e bibliografia encontrados.

RESULTADOS

A partir da busca na base de dados da BVS, foram encontrados 10 artigos que abordavam a mudança na PNAB, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Artigos encontrados abordando a nova PNAB, 2018

Artigo	Autores	Ano de publicação	Aspectos relacionados à nova PNAB abordados
Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015/2017)	Almeida ER, Sousa ANA, et al.	2017	Aponta as disputas técnico-políticas entre o Ministério da Saúde e as instâncias representativas de secretarias municipais e estaduais de saúde.
A crise por trás da nova PNAB	Mathias M.	2017	Aponta as questões políticas e econômicas que influenciaram diretamente na "imposição" da PNAB-2017.
Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas?	Morosini MVGC, Fonseca AF.	2017	Aponta para um aprofundamento da perspectiva biomédica e medicalizadora, que associa o aumento da capacidade resolutiva da Atenção Básica à realização de procedimentos simplificados.
A queda de braço por trás da PNAB	Mathias M.	2017	Aponta os embates entre gestores e Agentes Comunitários de Saúde a partir da PNAB – 2017.
Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde	Mendes A, Carnut L, et al.	2018	Trata do financiamento da Atenção Básica, com destaque para os recursos do Ministério da Saúde para esse nível de atenção, com foco para a nova PNAB 2017.
Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde	Morosini MVGC, Fonseca AF, et al.	2018	Aponta a relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das equipes, a reorganização do processo de trabalho e a fragilização da coordenação nacional da política.
Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde	Cecilio LCO, Reis AAC.	2018	Aponta a disjunção ou o descompasso entre a formulação da política e sua implementação real, centralizada e definidora de regras, rotinas e lógicas padronizadas para todo o país sem considerar as dimensões continentais, a heterogeneidade e grande diversidade de municípios, diversidade esta que muda a configuração da Atenção Básica nos diferentes locais e contextos.
Mudanças na Política Nacional de Atenção-Básica: entre retrocessos e desafios	Melo EA, Mendonça MHM, et al.	2018	Aponta que há dispositivos da PNAB que induzem, impedem ou condicionam mudanças, e conclui que os propósitos centrais dessa agenda são a diminuição dos ACS e mudança de seu perfil.
Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas	Facchini LA, Tomasi E, et al.	2018	Programas de educação permanente, institucionalização de práticas de monitoramento e avaliação como estratégias para melhorar a Atenção Básica.

Fonte: elaborado pelas autoras.

Dos 10 artigos encontrados, 4 (40%), foram publicados no mesmo ano da publicação da revisão da PNAB, em 2017, e 6 (60%) foram publicados no ano de 2018.

Ainda, 3 (30%) dos artigos apontam de forma mais específica os embates políticos que envolveram a publicação da nova PNAB, 1 (10%) mostra de forma específica os desafios relativos ao financiamento a partir das diretrizes da nova PNAB e 6 (60%) apontam críticas negativas às mudanças na PNAB em 2017, dando ênfase à possibilidade de substituição do Agente Comunitário de Saúde (ACS) pelo Auxiliar ou Técnico de Enfermagem e à possibilidade de constituir uma equipe de Saúde da Família com apenas 1 (um) ACS, prejudicando o vínculo e o desenvolvimento de ações integrais, de promoção e educação em saúde, valorizando o modelo biomédico, pautado em ações curativas.

A revisão da PNAB em 2011 e em 2017 apresentou divergências em alguns pontos, conforme Tabela 2.

Pode-se observar pela Tabela 2 que a revisão da PNAB de 2017 traz algumas definições conceituais importantes e mais aprofundadas do que a publicação de 2011.

Ainda, houve uma redução da população máxima atendida por uma equipe de Saúde da Família de 4.000 para 3.500 habitantes; por outro lado, na equipe mínima não se estabelece mais o número mínimo de 4 ACS por equipe, fator este que gerou precedente para uma equipe de ESF com apenas 1 ACS.

DISCUSSÃO

Desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, a Atenção Básica já era apontada como prioridade na organização de um sistema de saúde universal. Dessa forma, a Atenção Básica ou Atenção Primária em Saúde vem se consolidando ao longo dos anos de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) como ordenadora e coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde. Desde os últimos 15 anos, vários processos de avaliação e incentivos à expansão das equipes de saúde da família no

Tabela 2 - Áreas temáticas enfatizadas e principais mudanças na PNAB 2011 e 2017

Áreas temáticas	PNAB 2011	PNAB 2017
Princípios gerais apontados	Território adstrito; adscrição dos usuários, pessoas e famílias; integralidade das ações; integração de ações; promoção, vigilância, tratamento, reabilitação; responsabilidade sanitária; participação do usuário.	Regionalização e hierarquização; territorialização e população adstrita; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; participação da comunidade.
Aspectos gerenciais e de gestão	Foco na ESF como prioridade: Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. Definição da composição da equipe. Definição de modalidade de repasse financeiro para as equipes (incentivo financeiro no PAB variável).	Reafirma a ESF como modelo prioritário e reconhece os demais modelos incentivando o compromisso de avançar em direção à ESF. Possibilidade de ESF em municípios com menos de 2.000 habitantes. Redefinições no que tange ao financiamento, no contexto da EC 95.
Modalidades de equipes	Agentes Comunitários. Equipe de Saúde da Família. Equipe de Saúde Bucal (modalidades I e II). Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Tipos 1,2 e 3). Consultório na Rua. Academia da Saúde.	Equipe de Saúde da Família (ESF). Equipe de Atenção Básica (EAB). Equipe de Saúde Bucal. NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica). Estratégia de ACS. Equipes de Atenção Básica para populações específicas: Populações em situação de Rua, população prisional.
População máxima adscrita por equipe de Saúde da Família	4.000	3.500
Equipe mínima	Equipe composta por: médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, ACS (no mínimo 04). Complementar: saúde bucal.	ESF mínima: médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, ACS (no mínimo 01). ESF complementar: Saúde Bucal, ACE. EAB deve seguir parâmetros da ESF, exceto ACS. Definição de prazo de implantação após o Credenciamento.

Fonte: elaborado pelas autoras.

país configuram o cenário da importância deste nível de atenção no SUS⁷⁻⁹.

Neste contexto, cabe destacar que em 2016, no Brasil, as ESF representavam mais de 40 mil equipes, ampliando o acesso às ações e serviços de saúde e logo, melhorando indicadores de saúde da população, como redução de mortalidade infantil, redução de internações por causas sensíveis à Atenção Básica e aumento de cobertura assistencial na Atenção Básica⁸.

Em estudo realizado por Macinko et al.¹⁰, foi apontada a redução de hospitalizações de pessoas com doenças crônicas não-transmissíveis, relacionada à expansão da Saúde da Família e da qualificação da Atenção Básica no país. Ações de avaliação implantadas ao longo dos anos de expansão da ESF desde 1994, como o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), apontam que o acesso, vínculo, abrangência e o cuidado coletivo imprimem diferença na resolutividade e na configuração das ações oferecidas na Atenção Básica no contexto das Redes de Atenção à Saúde¹⁰⁻¹².

Cabe também destacar que os investimentos na Atenção Básica nos últimos 15 anos ocorreram de forma importante, com iniciativas como o Programa de Infraestrutura e Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), o próprio PMAQ na avaliação da qualidade da assistência e financiamento de acordo com a avaliação das equipes, e o Programa Mais Médicos (PMM),

em 2013, que atuou mais especificamente na ampliação do acesso ao profissional médico nos locais de difícil fixação de profissionais, dada a realidade diversa do país, trabalhando sobre o tripé da provisão emergencial, da Educação Permanente e da ampliação de oferta de vagas da Residência Médica em Saúde da Família, na ordem de 4.058 municípios no país com profissionais do programa, abrangendo mais de 60 milhões de pessoas^{8,9,13}.

A revisão da PNAB e sua publicação em 2017 trouxeram divergências na visão de diversos atores importantes no contexto de consolidação do SUS e da Atenção Básica. Em um contexto brasileiro, onde as despesas de saúde com recursos próprios dos municípios crescem gradativamente a cada ano, sendo em média mais de 20% de investimento com recursos próprios em saúde, além do fato dos repasses do governo federal não representarem nem 15% da necessidade dos municípios, somado à Emenda Constitucional nº 95 que congela os gastos em saúde do Governo Federal pelos próximos 20 anos, representando perda superior a R\$ 743 bilhões, a revisão da PNAB com abertura para implantação de equipes com um número mínimo de ACS/equipe, passando de 4 para 1 ACS/equipe abre precedentes para que a Gestão Municipal, que já sofre o subfinanciamento com previsão de piora, adote critérios de vulnerabilidade para implantação de equipes com apenas 1 ACS em detrimento da ampliação do acesso e da qualidade da assistência^{14,15}.

Outro ponto crítico encontrado nas análises realizadas até o momento da publicação de 2017, é a integração de ações do ACS, assumindo atividades de enfermagem e do Agente de Combate de Endemias, ou até mesmo possibilitando sua substituição na equipe, desconsiderando a importância da educação e promoção da saúde, eixos centrais do trabalho do ACS e na sua integração com a equipe^{6,16,17}.

A abertura de novas configurações de equipes no cenário da Atenção Básica também é preocupante, à medida que relativizam a consolidação do acesso, da cobertura e da resolutividade, com a possibilidade de financiamento para equipes de Atenção Básica sem o ACS, abrindo mão das realidades locais que tanto contribuem para a oferta de assistência integral e de qualidade¹⁸⁻²⁰.

A publicação de 2017 da PNAB se deu em um cenário de disputas de gestão entre os entes federados, à medida que abriu espaço para discussão com os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), consulta pública em curto período de tempo para os diversos atores envolvidos, publicando um documento com alterações criticadas massivamente ao longo do processo e, por outro lado, com alguns aprofundamentos conceituais importantes para a organização da Atenção Básica¹⁷⁻¹⁹.

CONCLUSÃO

As mudanças na PNAB não são divulgadas como imposições, porém abrem margem para que os municípios decidam como configurar as equipes de ESF e Atenção Básica como um todo. Considerando que a dificuldade financeira na administração pública é uma realidade em nosso país, é possível que tais mudanças favoreçam a economia em detrimento da qualidade da assistência na Atenção Básica, que é o ponto de atenção que deve estar pautado no cuidado. Enquanto o princípio de participação social nos coloca como atores ativos no processo de discussão e reflexão crítica do nosso contexto nacional, devemos discutir tecnicamente com a gestão local o quanto a equipe completa, conforme preconizava a PNAB de 2011, é a mais adequada para uma oferta de um cuidado com qualidade e ampliação do acesso à população de maneira efetiva, respeitando a integralidade e a equidade, princípios tão fundamentais no SUS.

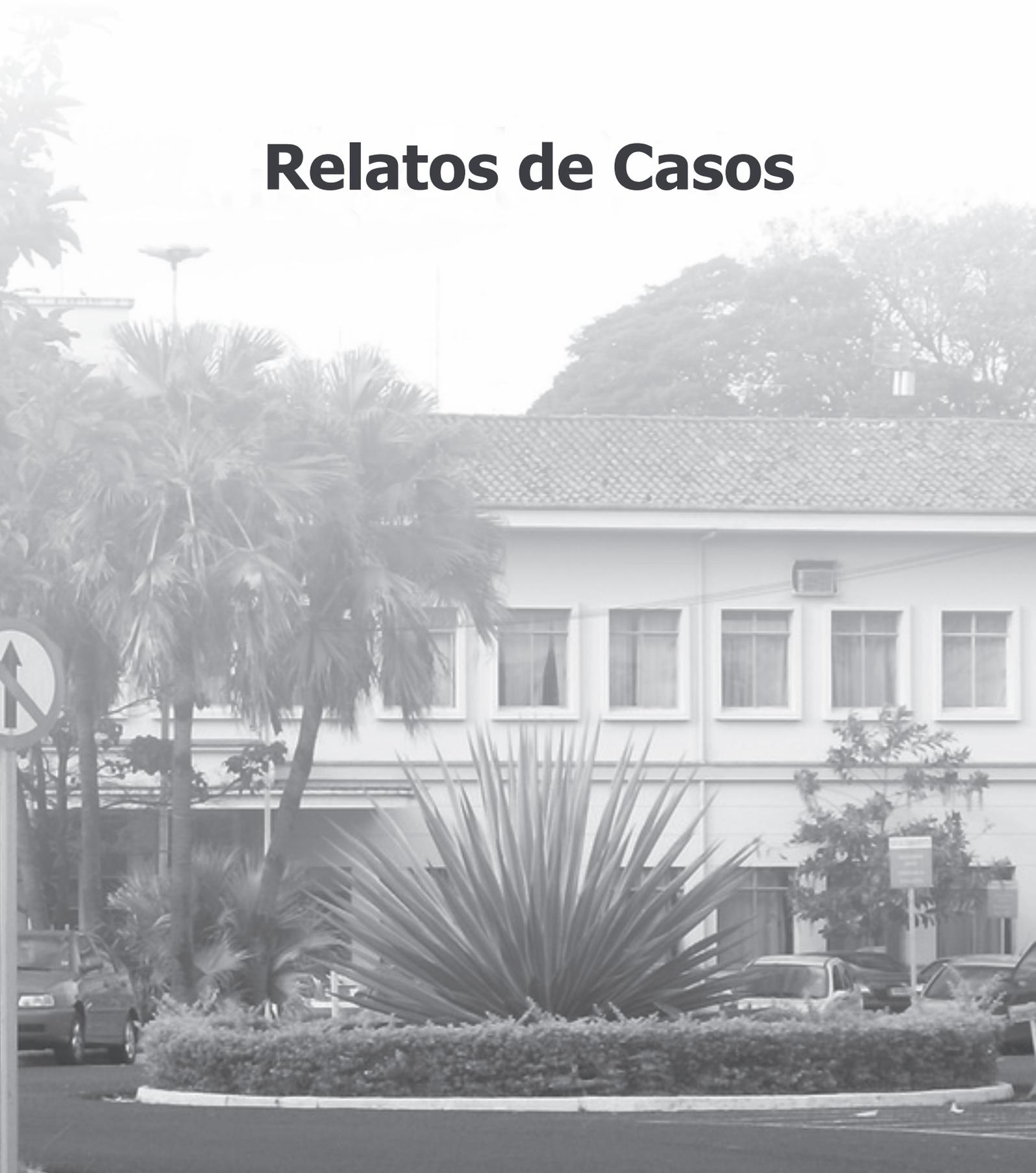
REFERÊNCIAS

1. Peduzzi M, Agreli HF. Team work and collaborative practice in primary health care. *Interface Commun Heal Educ* [Internet]. 2018 [citado em 14 abr. 2018]; 22:1525-34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
2. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm* 2001; 35 (53):103-9.
3. Reis-Borges GC, Nascimento EN, Borges DM. Impact of National Humanization Policy in the Family Health Strategy. *Distúrb Comum* [Internet]. 2018 [citado em 14 abr. 2018]; 30(1):194-200. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/viewFile/33313/25280>
4. Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, Bortoletto MSS, Slomp Junior H, Merhy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2019 [citado em 30 jan. 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100205&lng=pt
5. Sarti TD, Fontenelle LF. O que podemos aprender com a atual realidade da Atenção Primária inglesa? Considerações a partir da tradução de textos da *British Journal of General Practice* pela Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2017 [citado em 14 abr. 2018]; 12(39): 1-4. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/02/877916/1670-9360-1-pb.pdf>
6. Fontenelle LF. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2012 [citado em 13 ago. 2018]; 7(22):5-9. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmf7\(22\)417](https://doi.org/10.5712/rbmf7(22)417)
7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
8. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [citado em 30 jun. 2018]; 42(1):208-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0208.pdf>
9. Giovanella L, Rizzotto MLF. Atenção primária à saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [citado em 30 jun. 2018]; 42(1):6-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0006.pdf>
10. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2010 [citado em 30 jun. 2018]; 29(12):2149-60. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21134915>
11. Rodrigues LBB, Leite AC, Yamamura M, Deon KC, Arcêncio RA. Coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária: validação semântica de um instrumento adaptado. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado em 30 jun. 2018]; 30(7):1385-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000701385&script=sci_abstract&tlng=pt
12. Mendes Á, Carnut L, Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [citado em 30 jun. 2018]; 42(1):224-43. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0224.pdf
13. Lima RTS, Fernandes TG, Balieiro AAS, Costa FS, Schramm JMA, Schweickardt JC, et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [citado em 30 jun. 2018]; 21(9):2685-96. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902685&script=sci_abstract&tlng=pt
14. Cecilio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado em 30 jun. 2018]; 34(8):1-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00056917.pdf>

15. Carrilho G, Andrade L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios APS no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado em 30 jun. 2018]; 34(8):e00056917. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0038.pdf>
16. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [citado em 30 jun. 2018]; 42(116):11-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042018000100011&script=sci_abstract&tlng=pt
17. Morosini MVGC, Fonseca AF. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado em 30 jun. 2018]; 33(1):e00206316. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2017.v33n1/e00206316/pt>
18. Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, Carvalho FFB, Tavares G, Silva KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2018. [citado em 17 jun. 2018]; Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>
19. Mathias M. A queda de braço por trás da PNAB. *Mathias M. A queda de braço por trás da PNAB. Rev Poli Saúde Educ trab.* 2017; 10(53): 14-6
20. Mathias M. A crise por trás da nova PNAB: Política representa novo capítulo em embate entre gestores e agentes comunitários de saúde. *Rev POLI: saúde, educação e trabalho* [Internet]. 2017 [citado em 18 set. 2018]; 10(53):14-6. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/poliweb53.pdf>

Envio: 02/02/2019
Aceite: 14/04/2019

Relatos de Casos



PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR SOB A PERSPECTIVA DE ACADÊMICOS DE MEDICINA QUANTO A NEGLIGÊNCIA À PESSOA IDOSA

SINGULAR THERAPEUTIC DESIGN ABOUT NEGLECT OF THE ELDERLY UNDER THE PERSPECTIVE OF ACADEMICS OF MEDICINE

TERAPÉUTICO SINGULAR BAJO LA PERSPECTIVA DE ACADÉMICOS DE MEDICINA EN PROYECTO CUANTO LA NEGLIGENCIA A LA PERSONA MAYOR

Israela Schmidt Berndt*, Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice**

Resumo

Introdução: A Atenção Básica em saúde constitui porta de entrada ao Sistema Único de Saúde. Considerando situações clínicas e de vulnerabilidade social, acadêmicos do curso de Medicina de uma instituição de ensino superior do interior paulista construíram em parceria com uma Unidade Básica de Saúde da Família um Projeto Terapêutico Singular para maior efetividade de resolução dos casos clínicos, especialmente quando há vulnerabilidade social. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada por graduandos de um curso de Medicina do interior paulista através da construção de um Projeto Terapêutico Singular e sua aplicação a uma idosa de uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Material e Método:** Estudo descritivo, tipo relato de caso, elaborado após cuidadosa análise do prontuário de uma cliente de uma Unidade Básica de Saúde da Família e realização de três visitas domiciliares. **Resultados:** O comparativo entre as informações coletadas no prontuário e as observações realizadas em campo mostram agravamento da situação de vulnerabilidade, pois, identificaram-se um retrocesso significativo no quadro clínico da idosa e riscos para sua saúde-doença. **Conclusão:** A aplicação do Projeto Terapêutico Singular possibilitou identificar a falta de adesão familiar às propostas elaboradas em parceria com os profissionais da Unidade Básica de Saúde da Família, condições de dependência e falta de habilidade para o autocuidado diante do agravamento do caso, além da necessidade de se acionar órgãos superiores na tentativa de resolutividade do estado de saúde da paciente.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Idoso. Vulnerabilidade em saúde. Dependência.

Abstract

Introduction: Basic Health Care is a gateway to the Unified Health System in Brasil. In order to contemplate clinical situations and social vulnerability, medical students of a Higher Education Institution of São Paulo state developed a cooperation with a Family Health Unit the Unique Therapeutic Project, for greater effectiveness in the resolution of clinical cases, especially those in situation of social vulnerability. **Objective:** To report the experience undergone by undergraduates of the medical course through the construction of a Unique Therapeutic Project and its application to an elderly female patient belonging to a Family Health Unit. **Material and Methods:** This is a case report, elaborated after careful analysis of the medical records of a Family Health Unit user and three visits to this female patient. **Results:** The comparison between information collected in the medical record and observations made by the students showed a worsening of the patient's vulnerability situation, with significant regression in her clinical condition. **Conclusion:** In this case, the Unique Therapeutic Project was not successful due to family non-adherence to proposals developed in partnership with the health unit professionals, since it is no longer the user's responsibility to manage her self-care in the face of the aggravation of the case and the need to resort to other professionals to try to resolve her health status.

Keywords: Primary health care. Aged. Health vulnerability. Dependency.

Resumen

Introducción: La Atención Básica en salud constituye una puerta de entrada al Sistema Único de Salud. Considerando situaciones clínicas y de vulnerabilidad social, académicos del curso de Medicina de una institución de enseñanza superior del interior paulista, construyeron en asociación con una Unidad Básica de Salud de la Familia un Proyecto Terapéutico Singular para mayor efectividad de resolución de los casos clínicos, especialmente cuando hay vulnerabilidad social. **Objetivo:** Comunicar la experiencia vivenciada por graduandos de un curso de Medicina del interior paulista a través de la construcción de un Proyecto Terapéutico Singular y su aplicación a una anciana de una Unidad Básica de Salud de la Familia. **Material y Método:** Estudio descriptivo, tipo relato de caso, elaborado después de un cuidadoso análisis del prontuario de una cliente de una Unidad Básica de Salud de la Familia y realización de tres visitas domiciliarias. **Resultados:** El comparativo entre las informaciones recogidas en el prontuario y las observaciones realizadas en el campo muestran agravamiento de la situación de vulnerabilidad, pues se identificaron un retroceso significativo en el cuadro clínico de la anciana y riesgos para su salud-enfermedad. **Conclusión:** La aplicación del Proyecto Terapéutico Singular permitió identificar la falta de adhesión familiar a las propuestas elaboradas en asociación con los profesionales de la Unidad Básica de Salud de la Familia, condiciones de dependencia y falta de habilidad para el auto cuidado ante el agravamiento del caso, además de la necesidad de accionar órganos superiores en el intento de resolución del estado de salud de la paciente.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Anciano. Vulnerabilidad en salud. Dependencia.

*Acadêmica do curso de Medicina da FACERES, São José do Rio Preto-SP.

**Enfermeira, mestre em Promoção da Saúde, docente do curso de Medicina da FACERES, São José do Rio Preto-SP. Contato: picmed@faceres.com.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, objetivando desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades¹.

Já a Atenção Domiciliar, um dos instrumentos da Atenção Básica, cujo propósito é ser uma modalidade de atenção substitutiva ou complementar, desenvolve-se por meio de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, com plena continuidade do cuidado, integrada às Redes de Atenção à Saúde. Vigora através da Portaria nº 2.527 de outubro de 2011, atualizada para os parâmetros atuais do país pela Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016, executada pelo Serviço de Atenção Domiciliar e as estratégias em saúde que o constituem^{1,2}.

Tradicionalmente, o modelo de atenção utilizado junto ao usuário do sistema de saúde não considerava o sujeito como pessoa ativa em seu tratamento, pois não envolvia a família e não valorizava sua história, cultura, vida cotidiana e qualidade de vida, uma vez que seu foco era, primordialmente, a doença. Esse modelo vem sofrendo modificações desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas vertentes, como a já mencionada Atenção Domiciliar, agregando características de valorização do saber e das opiniões dos usuários/famílias na construção do projeto terapêutico³.

A humanização da saúde e o atendimento integral aos usuários do SUS são metas que vêm sendo almejadas pelos trabalhadores e profissionais da saúde pública atual. Assim, são repensadas estratégias de ação e produção do cuidado, tendo em vista colocar o usuário no centro da atenção e sua saúde como fim, a exemplo do Projeto Terapêutico Singular (PTS)³.

O PTS representa uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas, desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar, e definida a partir da singularidade do indivíduo. Assim, como principal estratégia para o cuidado em domicílio, adota um conjunto de condutas/ações/medidas, de caráter clínico ou não, propostas para dialogar com as necessidades de saúde de um sujeito individual ou coletivo, geralmente em

situações mais complexas. A atuação é conjunta à equipe da Atenção Básica visando ajudar a entender o sujeito em seu contexto e a definir propostas de ações².

Nesse cenário, o PTS compõe-se de quatro fases, assim definidas: primeira – diagnóstico e momento em que se realiza a avaliação/problematização dos aspectos orgânicos, psicológicos e sociais, visando facilitar a conclusão, ainda que provisória, acerca dos riscos e vulnerabilidade do usuário; segunda - definição das metas pelas quais a equipe multidisciplinar trabalha as propostas de curto, médio e longo prazo que serão negociadas com o sujeito “doente” e as pessoas envolvidas; terceira - divisão de responsabilidades, com a definição exata das tarefas de cada membro da equipe e, por último, reavaliação, momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções dos rumos tomados durante o acompanhamento².

A primeira área da saúde a adotar o PTS foi a da saúde mental, fortemente influenciada pelo modelo de Atenção Psicossocial que procura, entre outras concepções, trabalhar sob a perspectiva da transversalidade de saberes e a isonomia de poderes entre os diferentes profissionais. Assim, formaram-se bases da clínica ampliada e da equipe de referência, caracterizadas por alicerces instituídos ao PTS⁴.

A clínica ampliada considera fundamental alargar o “objeto de trabalho”, ou seja, o encargo - aquilo sobre o que aquela prática se responsabiliza. A medicina tradicional se encarrega do tratamento de doenças, porém, na clínica ampliada, há necessidade de se ampliar esse objeto, agregando-se a ele, além das doenças, também problemas de saúde - situações que ampliam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas. Além disso, considera-se essencial a ampliação também do objetivo ou da finalidade do trabalho clínico, ou seja, além de buscar a produção de saúde, por distintos meios: curativos, preventivos, de reabilitação ou com cuidados paliativos, a clínica pode também contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários através da ampliação da capacidade destes em lidar com sua própria rede ou sistema de dependências. Já o grau de autonomia é medido pela capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde/enfermidade, pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros⁵.

A clínica ampliada, portanto, valoriza o tratamento, o conhecimento e o atendimento de todo profissional que compõe um serviço de saúde e não somente o tratamento biopatológico, comum aos profissionais médicos. Trata-se de um novo modelo de atuação e gerência da saúde, promovido de modo qualificado através de uma equipe de referência⁴. O "profissional ou a equipe de referência" seria aquele com a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, a exemplo do arranjo adotado na Estratégia Saúde da Família (ESF)⁶. As equipes de referência têm composição multiprofissional de caráter transdisciplinar e são responsáveis pela assistência à "saúde de um número de pacientes inscritos, segundo sua capacidade de atendimento e gravidade dos casos"².

Desse modo, considera-se que a clínica ampliada, a equipe de referência e o PTS compõem o tripé de uma nova articulação de se fazer saúde de modo a atingir resultados mais resolutivos e qualificados, sem a necessidade de ampliar serviços, recursos humanos e/ou materiais, mas qualificando os recursos existentes⁴.

Considerando-se a procura crescente de cuidados de uma população de indivíduos que envelhecem com características diferentes, e no que concerne ao sistema de saúde, é importante ressaltar as seguintes questões: Como as necessidades de cuidado dos idosos devem ser avaliadas? Centrado nas doenças e incapacidades resultantes ou nas capacidades remanescentes para atender às suas necessidades no contexto?⁷.

Relevante em seu escopo, o PTS enquanto uma ferramenta útil deve ser utilizada em situações complexas de vulnerabilidade e de prognóstico fechado. Vulnerabilidade é compreendida como uma associação de fatores individuais e coletivos que culminam em uma elevada suscetibilidade ao adoecimento e à morte, bem como em uma menor possibilidade de enfrentamento perante a vida. Perpassa aspectos que envolvem desde a fragilidade biológica até a forma de disposição dos programas de saúde, alcançando questões comportamentais, políticas e culturais. Neste contexto, verifica-se, na concepção de vulnerabilidade, uma forma necessária para compreender as especificidades que englobam o cuidado integral e fundamental para a população idosa⁶.

Além disso, como instrumento constituinte da Lei Orgânica da Saúde, o conhecimento do PTS deve ser unânime entre os profissionais da área da saúde e requer

do SUS a garantia de sua vigência entre a população brasileira³.

Considerando as características desta estratégia, sua perpetuação positiva e que a atenção domiciliar conquiste o espaço que merece na saúde pública, é fundamental que a área da Saúde Coletiva seja objeto de estudo dos acadêmicos dos cursos da área da saúde, principalmente do curso de Medicina. O contato precoce dos alunos de Medicina com a clínica por períodos breves de alguns dias a várias semanas, logo no início do curso, pode lançar as bases que permitem ao estudante apreender o sentido da formação médica, aprendendo junto às pessoas no contexto dos seus problemas de saúde⁸.

Com base nesses conceitos, na instituição onde o estudo se desenvolveu, por meio da disciplina Programa de Integração Comunitária (PIC), propõe-se a inserção precoce do acadêmico no âmbito do SUS, desafiando-o na quarta etapa do curso a auxiliar uma equipe de uma Unidade de Saúde da Família (USF) na construção de um PTS. Neste estudo, por meio do desenvolvimento de um PTS, o foco é a vulnerabilidade da pessoa idosa.

Este estudo teve como objetivo relatar a experiência vivenciada por graduandos de um curso de Medicina do interior paulista através da construção de um PTS e sua aplicação a uma idosa de uma USF.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo descritivo, tipo relato de caso, no qual se utilizou a análise de prontuário de uma paciente idosa de uma USF e realização de três visitas domiciliares. Os dados do estudo são apresentados descritivamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção do PTS pelos acadêmicos do curso de Medicina foi realizada em parceria com a equipe de uma USF no município de São José do Rio Preto - SP, dividida em três etapas, cujos objetivos eram específicos e a serem alcançados.

A primeira etapa foi realizada no dia 27 de fevereiro de 2018, quando os acadêmicos receberam da preceptora o prontuário referente a Sra. ZMS, 76 anos, moradora do bairro Jardim Yolanda, município de São José do Rio Preto (área adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Americano).

Inicialmente, foi realizada a análise do prontuário,

o qual continha como informações: acompanhamento na unidade de saúde desde 2012 por ulceração em membros inferiores e necessidade de realização de curativos, duas vezes por semana; sempre que frequenta a unidade a usuária encontra-se em situação de higiene pessoal precária, apresentando odor fétido, destituída de acompanhamento familiar, sendo trazida pelo serviço de remoção; relatos dos profissionais de saúde da unidade mostram que a paciente apresenta dificuldade para deambular e déficit neurológico, com indicativo de consulta com especialista, porém como a cliente não possui acompanhante, o serviço de saúde não prestará este tipo de atendimento; as diversas vezes que os funcionários da unidade entraram em contato com a filha da usuária, esta alegou que a mãe oferece resistência quanto ao cuidado por ela oferecido; apesar de receber os insumos e ser orientada quanto a necessidade de trocar os curativos em domicílio, a cliente apenas o faz na unidade de saúde. Além disso, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi acionado nos anos de 2016 e 2017 e o caso notificado à Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) ao ser constatada a situação de negligência e falta de cuidados para com a idosa; foram realizadas visitas domiciliares à cliente pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), especialmente pela psicóloga, assistente social e terapeuta ocupacional.

Dessa forma, após a compreensão do quadro clínico e constatação da situação de vulnerabilidade em que se encontrava a paciente, os acadêmicos dirigiram-se até a sua residência a fim de executarem a visita domiciliar anteriormente proposta. Foram recebidos pela usuária que, apresentando dificuldade para deambular, abriu o portão da residência e os convidou para adentrarem ao lar. A partir deste momento, foi possível observar a entrada e o quintal da casa, ambos necessitados de limpeza, com presença de pelos no chão devido aos três gatos de estimação que ali são mantidos.

Na residência, a usuária estava sentada no sofá com os pés elevados, referindo que esta posição trazia benefícios ao processo de cura das suas lesões. Ao seu lado havia um dos gatos de estimação ao qual referia gostar muito. No início do diálogo, esta informou corretamente sua situação de saúde, referiu possuir lesões cutâneas nos membros inferiores e estar em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Americano

há anos, referindo ainda que nos últimos meses houve melhora significativa do seu quadro clínico, principalmente após ter ganhado um andador que a auxilia a caminhar – neste momento, elogiou os profissionais da unidade que realizam os cuidados.

Entretanto, observou-se na sequência que a cliente começou a apresentar falas repetitivas questionando os acadêmicos umas seis vezes em um curto espaço de tempo, especialmente ao indagar se estes conheciam a unidade do Jardim Americano, além de apresentar aparente confusão mental em relação à sua idade, às atividades de vida diária que dizia realizar e os cuidados oferecidos pela família.

Dessa maneira, realizaram-se questionamentos mais pontuais durante a conversa, além de observar que a situação de higiene pessoal era adequada, pois se encontrava devidamente vestida e sem odor fétido, com curativos também aparentemente limpos. Já quanto à residência, constatou-se que o chão estava limpo, apenas com poeira sobre os móveis, o piso e as paredes tinham alguns buracos necessitando de reforma, mas, de modo geral, o domicílio estava aparentemente organizado.

Logo, quando a cliente foi perguntada se possuía alguma queixa e ela negar, foram aferidos os sinais vitais. De volta a USF, os graduandos conversaram com a enfermeira responsável pelos curativos da paciente a fim de certificar-se da veracidade dos fatos apurados durante a visita domiciliar. A mesma alegou que a situação de vulnerabilidade em que a cliente vivia havia melhorado após as duas notificações realizadas pela equipe da ESF e do NASF, além do fato de que a filha havia contratado uma profissional para realizar a limpeza da residência e estar mais atenta ao quadro clínico da mãe. Além disso, foi confirmado o déficit neurológico com prejuízo temporário espacial e dificuldade para deambular.

Portanto, foi possível constatar que a condição de vulnerabilidade relatada no prontuário da usuária mostrava relativa melhora, apesar da necessidade de cuidados para as lesões cutâneas nos membros inferiores, a dificuldade para deambular e o déficit neurológico, observados durante a visita domiciliar e confirmados junto à equipe da ESF.

Na segunda etapa do projeto, realizada no dia 20 de março de 2018, marcadamente a segunda visita domiciliar a cliente, a filha se encontrava no local, após a mesma haver trocado os curativos da mãe e alegar que

não poderia nos receber porque estava de saída devido a uma cirurgia marcada na mesma data, impossibilitando assim o diálogo. Dessa maneira, o contato se deu apenas com a paciente, sendo observado que a mesma estava devidamente higienizada e caminhava no quintal exposta ao sol com o auxílio de andador. Após um breve período de diálogo com a cliente, percebeu-se que ela estava confusa, especialmente por alegar não ter visto sua filha no presente dia quando a mesma havia acabado de sair da residência. Apesar de a paciente referir sentir-se bem e não ter nenhuma queixa.

Já na última etapa do projeto, no dia 8 de maio de 2018, os acadêmicos realizaram em um primeiro momento a análise das atualizações do prontuário cujas informações indicavam ter a pacientes comparecido à unidade para a realização dos curativos em membros inferiores, todos os dias da semana anterior. Ainda estava registrado que a mesma apresentava-se desde o dia 03 de maio com o mesmo vestuário, urinada, confusa e com relativa fraqueza.

Munidos destas informações, os acadêmicos dirigiram-se até a residência da paciente, sendo recebidos pela usuária, após insistência. Ao contato, esta referiu estar sentindo-se sonolenta por haver dormido mais que o usual naquela manhã.

Ao diálogo com a cliente se observou que esta se apresentava extremamente confusa e relapsa, relatando não ter nenhuma queixa e que nos últimos dias não havia frequentado a ESF por acreditar que os profissionais estivessem de férias, realizando ela mesma os curativos em domicílio. Quando questionada sobre sua filha e a cirurgia que esta informou à unidade que realizaria, a usuária não soube informar. Quando perguntada se poderiam tentar um contato com a filha ou se a neta estava nos fundos da residência naquele momento, novamente a usuária não soube responder aos questionamentos. Ainda assim, houve uma tentativa de contato com a neta, porém sem sucesso.

Também foram avaliadas as condições do ambiente domiciliar, estando a sala com odor fétido e com manchas de urina no sofá onde a paciente encontrava-se sentada; a cozinha com restos de alimentos sobre a mesa e a pia, insetos mortos e possivelmente urina no chão e nos fundos da casa; um grande acúmulo de lixo reciclável contendo latas de cerveja, ração e pelos de gatos espalhados pelo quintal.

Logo, foi possível concluir que houve uma acentuada regressão quanto à situação de vulnerabilidade da paciente, possivelmente devido ao comprometimento do seu estado mental, bem como ao abandono e negligência da família. Ao retornar à ESF e relatar as condições em que se encontrava a paciente, os acadêmicos foram notificados que os profissionais da unidade haviam feito uma denúncia à delegacia do idoso sobre o estado real da idosa.

CONCLUSÃO

Em virtude dos fatos mencionados é possível concluir que a Sra. ZMS apresentava quadro clínico e lesões por deficiência de retorno venoso em membros inferiores, comprometendo a deambulação, além de um estado neurológico debilitado não diagnosticado por profissional médico. Também não oferecia condições de gerir seu autocuidado, bem como de manter a residência em condições adequadas para uma vivência em condições salutaras, evidenciando condição de dependência total.

A mudança evidenciada entre a primeira visita domiciliar realizada no dia 27 de fevereiro em que a cliente encontrava-se higienizada e levemente confusa, para o quadro de perda quase que total da capacidade de se situar no tempo/espço e de manter os mínimos cuidados por ocasião da terceira visita domiciliar em 08 de maio, tanto pessoal quanto do ambiente domiciliar, diagnosticada posteriormente, é uma forma de alerta para o abandono e negligência vivenciados pela paciente.

Todavia, cabe aos elaboradores do PTS junto aos profissionais da ESF, envolvidos direta ou indiretamente no curso do acompanhamento dos cuidados a esta senhora, conduzirem decisões efetivas que envolvam esferas mais elevadas da saúde pública na busca de amparo e responsabilização dos familiares ante a omissão e situação de vulnerabilidade enfrentada pela paciente.

A formulação de um PTS, enquanto instrumento de apoio e resolutividade de casos de alta complexidade e vulnerabilidade na atenção primária à saúde, requer, além de conhecimentos, uma postura comprometida dos profissionais responsáveis, na tentativa de preservar a autonomia dos usuários do SUS, bem como para motivar a participação familiar e dos profissionais da área da saúde no processo saúde-doença e na corresponsabilização pelo processo de controle/cura da enfermidade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. [citado em 13 jul. 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, DF; 2013. [Internet]. [citado em 13 jul. 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf
3. Silva EP, Melo FABP, Sousa MM, Gouveia RA, Tenório AA, Cabral AFF, et al. Projeto terapêutico singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2013; 17(2):197-202.
4. Ferreira AB. Entendendo o processo de construção de um projeto terapêutico singular em CAPS. [Internet]. 2014. [citado em 13 jul. 2018]. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/colecionasus/2014/32181/32181-789.pdf>
5. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2017 [citado em 13 jul. 2018];12(4):849-59. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232007000400007&script=sci_arttext&lng=pt#ModalArticles
6. Barbosa KTF, Costa KNFM. Envelhecimento e vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [citado em 13 mar. 2018];26(2):e2700015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e2700015.pdf
7. Lopes MJ, Escoval A, Pereira DG, Pereira CS, Carvalho C, Fonseca C. Evaluation of elderly persons' functionality and care needs. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2013 [citado em 17 mar. 2018]; 21(spe):52-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700008&lng=en
8. Souza CFT, Oliveira DLL, Monteiro GS, Barboza HMM, Ricardo GP, Lacerda Neto MC, et al. A atenção primária na formação médica: a experiência de uma turma de medicina. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2013 [citado em 03 jul. 2018]; 37(3):448-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n3/18.pdf>

Envio: 12/11/18
Aceite: 03/02/19

PROJETO DE MONITORIA DO LABORATÓRIO DE HABILIDADES MÉDICAS DO DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO CURSO DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO PADRE ALBINO

MONITORING PROJECT OF THE LABORATORY OF MEDICAL SKILLS OF THE DEPARTMENT OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS OF THE MEDICINE COURSE OF THE CENTRO UNIVERSITÁRIO PADRE ALBINO

PROYECTO DE MONITORÍA DEL LABORATORIO DE HABILIDADES MÉDICAS DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRÍCIA DEL CURSO DE MEDICINA DEL CENTRO UNIVERSITARIO PADRE ALBINO

Denise Gonzalez Stellutti de Faria*, Alfeu Cornelio Accorsi Neto**, Leonardo Kauas Dossi***, Luis Augusto Ragazzo***, Miguel Abufares Reis***, Tibério Marciano Frini***

Resumo

Introdução: O projeto de Monitoria do Laboratório de Habilidades em Emergências Médicas da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia visa propiciar uma formação acadêmica mais ampla e aprofundada ao aluno universitário, incentivar o estudante para o interesse à docência e à pesquisa; além de possibilitar uma maior integração dos segmentos da instituição. Alternativa de apoio pedagógico é atividade antecipatória das práticas de treinamento de habilidades com o paciente, preparando o estudante para o exercício técnico e intelectual de sua futura profissão, pautado nos preceitos da bioética. Envolve o uso do Laboratório de Habilidades e Simulação, uma das mais atuais formas de expressão da educação médica moderna. **Objetivos:** Inserir graduandos do 3º e 4º ano de Medicina através da monitoria realizada pelos alunos do internato no atendimento ao nascimento humanizado e recepção do recém-nascido na sala de parto, pela simulação de atividades no Laboratório de Habilidades em Emergências Médicas; contribuir com a formação do graduando pelo trabalho e aprendizado dos aspectos assistenciais de ensino e de pesquisa em um dos campos de ação da obstetrícia, subsidiando, também, oportunidade para a publicação dos resultados. **Material e Método:** Trata-se de um projeto a ser realizado em duas etapas. Na primeira etapa os monitores serão capacitados pela docente responsável para o correto manuseio do simulador de maternidade e nascimento neonatal (NOELLE S550); a segunda etapa consistirá no desenvolvimento da monitoria propriamente dita, na qual os monitores auxiliarão na transmissão dos conhecimentos para os alunos do 3º e 4º anos do curso de Medicina do Centro Universitário Padre Albino. **Resultado:** Espera-se que haja uma produtiva exploração da interface entre aluno, orientadora e instituição havendo sinergismo e benefícios para todos envolvidos no processo, considerando os objetivos acadêmicos e os institucionais. Que auxilie na mudança de postura do aluno quanto à segurança com que executa as ações médicas, na condução do trabalho de parto, além de favorecer a um resultado positivo quanto a essa nova ferramenta de ensino-aprendizagem, ampliando o repertório metodológico e os recursos utilizados nas práticas de ensino no desenvolvimento de novas habilidades relativas ao uso do simulador de parto NOELLE S550.

Palavras-chave: Laboratório. Habilidades. Aprendizado. Simulador. Medicina.

Abstract

Introduction: The Monitoring Project of the Laboratory of Abilities in Medical Emergencies (LAHEM) of the discipline of Gynecology and Obstetrics aims to provide a broader and more in-depth academic training to the university student, to encourage the student to interest in teaching and research; in addition to enabling greater integration of the institution's segments. The LAHEM represents an alternative pedagogical support, acting as an anticipatory activity of the skills training practices with the patient, preparing the student for the technical and intellectual exercise of his future profession, based on the bioethics precepts. In this way, the use of the Laboratory of Skills and Simulation is one of the most modern forms of expression of modern medical education. **Objectives:** To insert students in the 3rd and 4th year of Medicine course through the monitoring performed by the students of the boarding school in the attendance to the humanized birth and reception of the newborn in the delivery room, through the simulation of activities in the LAHEM; to contribute with the training of the student, providing him with the opportunity to work and learn the aspects of teaching and research assisting in one of the fields of action of obstetrics, opportunity for publication of results. **Material and Method:** The project will be carried out in two stages: in the first stage the monitors will be trained by the responsible teacher, for the correct handling of the simulator of maternity and neonatal birth (NOELLE S550); the second stage will consist of the development of the monitoring itself, in which the monitors will assist in the transmission of the knowledge to the students of the 3rd and 4th years of the medical course of the Padre Albino University Center. **Result:** It is expected that there will be a productive exploration of the interface between student, counselor and institution with synergism and benefits for all, considering the academic objectives and the institutional objectives. The LAHEM should help in changing the student's posture regarding the safety with which he performs the medical actions, in the conduct of labor and favor a positive result of this new teaching-learning tool, expansion of the methodological repertoire and the resources used in teaching practices in the development of new skills related to the use of the NOELLE S550 birth simulator.

Keywords: Laboratory. Skills. Learning. Simulator. Medicine.

*Doutora em Ciências da Saúde e mestrado em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Docente da disciplina de Obstetrícia do curso de Medicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP. Contato: denisefaria14@hotmail.com

**Doutor em Ginecologia do Departamento de Ginecologia da Universidade Federal de São Paulo. Docente da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia do curso de Medicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA).

***Acadêmicos do curso de Medicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA).

Resumen

Introducción: El proyecto de Monitoreo del Laboratorio de Habilidades en Emergencias Médicas de la disciplina de Ginecología y Obstetricia busca propiciar una formación académica más amplia y profundizada al alumno universitario, incentivar al estudiante para el interés a la docencia ya la investigación; además de posibilitar una mayor integración de los segmentos de la institución. Alternativa de apoyo pedagógico es actividad anticipatoria de las prácticas de entrenamiento de habilidades con el paciente, preparando al estudiante para el ejercicio técnico e intelectual de su futura profesión, pautado en los preceptos de la bioética. De este modo, el uso del Laboratorio de Habilidades y Simulación es una de las más modernas formas de expresión de la educación médica moderna. **Objetivos:** Introducir graduandos del 3º y 4º año de Medicina a través del monitoreo realizado por los alumnos del internado en la atención al nacimiento humanizado y recepción del recién nacido en la sala de parto, por la simulación de actividades en el Laboratorio de Habilidades en Emergencias Médicas; que contribui con la formación del graduado por el trabajo y el aprendizaje de los aspectos asistenciales de enseñanza y de investigación en uno de los campos de acción de la obstetricia, subsidiando, también, oportunidad para la publicación de los resultados. **Material y Método:** Se trata de un proyecto a realizarse en dos etapas. En la primera etapa los monitores serán capacitados por la docente responsable para el correcto manejo del simulador de maternidad y nacimiento neonatal (NOELLE S550); la segunda etapa consistirá en desarrollo de la monitoria propiamente dicha, en la cual los monitores auxiliarán en la transmisión de los conocimientos para los alumnos del 3º y 4º año del curso de Medicina del Centro Universitario Padre Albino. **Resultado:** Se espera que haya una productiva explotación de la interfaz entre alumno, orientadora e institución, teniendo sinergismo y beneficios para todos involucrados en el proceso, considerando los objetivos académicos y los institucionales. Que auxilie en el cambio de postura del alumno en cuanto a la seguridad con que ejecuta las acciones médicas, en la conducción del trabajo de parto, además de favorecer un resultado positivo en cuanto a esa nueva herramienta de enseñanza-aprendizaje, ampliando el repertorio metodológico y los recursos utilizados en las prácticas de enseñanza en el desarrollo de nuevas habilidades relativas al uso del simulador de parto NOLLE S550.

Palabras clave: Laboratorio. Habilidades. El aprendizaje. Simulador. Medicina.

INTRODUÇÃO

O projeto de Monitoria do Laboratório de Habilidades em Emergências Médicas (LAHEM), do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA) visa propiciar uma formação acadêmica mais ampla e aprofundada ao aluno universitário, incentivar o estudante para o interesse à docência e à pesquisa; além de possibilitar uma maior integração dos segmentos da instituição.

O LAHEM representa uma alternativa de apoio pedagógico, atuando como uma atividade antecipatória das práticas de treinamento de habilidades com o paciente, preparando o estudante para o exercício técnico e intelectual de sua futura profissão, pautado nos preceitos da bioética¹.

Deste modo, o uso do Laboratório de Habilidades e Simulação é uma das mais atuais formas de expressão da educação médica moderna. É onde ocorre a metodologia ensino-aprendizagem destinada à fixação do conhecimento teórico em relação às habilidades e competências exigidas para o exercício da profissão, tal qual previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina².

O aprendizado de habilidades e simulação realística mostrou-se muito mais eficiente quanto à fixação dos conteúdos, além de permitir que os alunos aprendam a técnica adequada para obterem melhor segurança e desempenho durante as atividades práticas nos estágios³.

A Ginecologia e a Obstetrícia são consideradas áreas

básicas do conhecimento em Medicina, isto é, todos os médicos, mesmo os não especialistas, devem possuir conteúdo suficiente para prestar o cuidado à saúde da mulher de maneira qualificada.

A tecnocracia, institucionalização e medicalização do parto associam-se ao aumento de cesarianas, à prematuridade e à desumanização do nascimento. O conceito de atenção humanizada na assistência obstétrica é amplo e pode contemplar diversos significados e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal.

Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve a privacidade e a autonomia desses sujeitos. No contexto da humanização, desde que não sejam identificados riscos que prejudiquem a saúde, o bem-estar da mulher e do conceito é necessário resgatar para a gestante/parturiente e puérpera: liberdade de opção e participação; o direito de escolher como e onde quer ter seu bebê; a individualidade da parturiente para sentir-se segura; a presença de um acompanhante de sua escolha no pré-parto, sala de parto e pós-parto; ter o contato imediato com seu filho, estimulando o aleitamento materno o mais precoce possível^{4,5}.

Por isso, cada vez mais as escolas médicas têm

focado em estratégias que propiciem aos seus estudantes conhecimento, bem como habilidades básicas para a prática.

Toda área necessita de constante aprimoramento e novas idéias para um melhor funcionamento no setor, sendo na pesquisa, aperfeiçoamento do manuseio dos materiais didáticos investidos pela instituição, aulas e organização dos materiais de apoio para os alunos, docentes e residentes.

Além dos aspectos de contribuição objetiva à formação do aluno, destacam-se aquelas sobre o âmbito profissional de sua formação como futuro médico, à sua formação científica e à sua formação pedagógica. Como contribuição institucional, espera-se que os resultados do trabalho desenvolvido pela monitoria possam servir como indicadores tanto para as atividades assistenciais do setor de obstetrícia quanto para os hospitais da Fundação Padre Albino, subsidiando aspectos pedagógicos dos alunos do curso de Medicina e do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia.

Assim, o Laboratório de Habilidades auxiliará na disciplina da Saúde da Mulher e da Criança possibilitando ao estudante a aquisição de diversas habilidades essenciais para que possa atuar nesta área. Portanto, será vivenciada de forma objetiva e prática a assistência ao trabalho de parto e ao período expulsivo, tanto no parto cefálico como no pélvico, abordando as principais manobras utilizadas nas distócias e na recepção do recém-nascido.

OBJETIVOS

Consiste em inserir graduandos do 3º e 4º ano de Medicina através da monitoria realizada pelos alunos do internato no atendimento ao nascimento humanizado e recepção do recém-nascido na sala de parto, por meio da simulação de atividades no LAHEM; contribuir com a formação do graduando ao fornecer-lhe oportunidade de trabalhar e aprender os aspectos assistenciais de ensino e de pesquisa em um dos campos de ação da obstetrícia, subsidiando, também, oportunidade para a publicação dos resultados.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

O Projeto de monitoria será realizado em duas etapas (1 e 2). Na primeira etapa os monitores serão capacitados pela docente responsável, para o correto

manuseio do simulador de maternidade e nascimento neonatal (NOELLE S550), esta etapa será realizada no período matutino durante o mês de julho de 2018.

A segunda etapa consistirá no desenvolvimento da monitoria propriamente dita, na qual os monitores auxiliarão na transmissão dos conhecimentos para os alunos do 3º e 4º anos do curso de Medicina da UNIFIPA, a fim de sanar todas as dúvidas e desenvolver as habilidades em relação ao exame ginecológico, a condução do trabalho de parto, suas complicações e a recepção do recém-nascido.

As aulas da monitoria serão ministradas durante o segundo semestre às quartas e quintas-feiras, das 8 horas às 10 horas da manhã, para o 3º e 4º anos, respectivamente, e serão coordenadas pela docente responsável com 2 monitores, sendo transmitida para um grupo de 7 a 8 alunos.

ATRIBUIÇÕES DO MONITOR

1. Analisar e discutir junto ao docente responsável o planejamento e execução das aulas de monitoria.
2. Participar de reuniões de formação, planejamento, pesquisa e atividades metodológicas.
3. Acompanhar os projetos selecionados, dinamizando o contato entre os estudantes e docente responsável.
4. Participar nas atividades de formação voltadas à análise das práticas de ensino na monitoria em Ginecologia e Obstetrícia, bem como das oficinas técnicas do uso dos instrumentos de simulação de parto.
5. Realizar atividades de difusão de conhecimentos e metodologias desenvolvidas.

AVALIAÇÃO

A avaliação dos alunos do 3º e 4º anos do curso de Medicina será pautada tanto pela parte teórica, quanto pela prática. A parte teórica será avaliada através das aulas ministradas pela docente responsável da monitoria de Ginecologia e Obstetrícia; na parte prática serão utilizados os cenários e o simulador NOELLE S550. A avaliação prática de desempenho para os alunos de Medicina por meio do uso de pacientes simulados na forma de um teste objetivo foi descrita na literatura por Harden, Stevenson, Downie e Wilson. Este teste é chamado Exame Clínico Objetivo e Estruturado, conhecido pela sigla inglesa OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*). O OSCE consiste num conjunto de estações cujo número varia dependendo das

habilidades a serem examinadas. Cada estação consiste num conjunto de tarefas a serem realizadas individualmente pelos alunos num tempo determinado. Nas estações há um avaliador que verifica as tarefas realizadas pelo aluno numa lista (*checklist*). São aferidos durante esta avaliação: o cognitivo (conhecimento), o psicomotor (habilidades) e o afetivo (atitude). Por fim, a nota obtida é utilizada e aplicada para a formulação da média final do aluno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

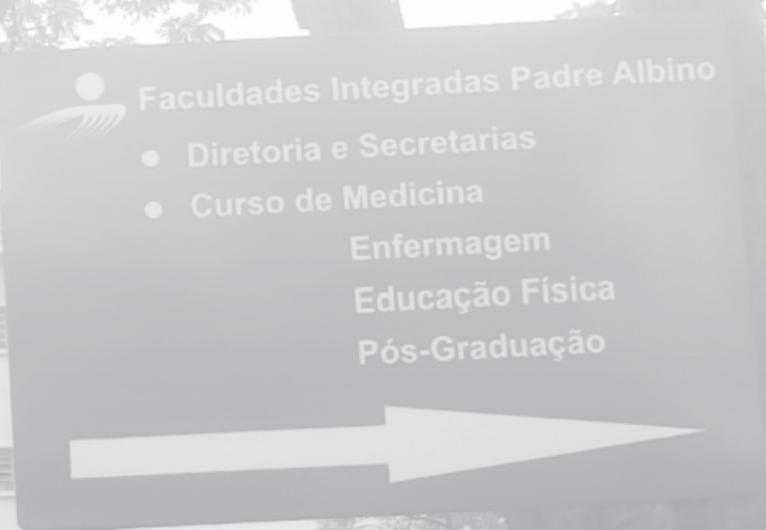
O LAHEM deverá ajudar na mudança de postura do aluno quanto à segurança com que executa as ações médicas, como na condução do trabalho de parto e favorecer um resultado positivo dessa nova ferramenta de ensino-aprendizagem; ampliação do repertório metodológico e dos recursos utilizados nas práticas de ensino no desenvolvimento de novas habilidades relativas ao uso do simulador de parto NOELLE S550. Espera-se que haja uma produtiva exploração da interface entre aluno, orientadora e instituição havendo sinergismo e benefícios para todos, considerando os objetivos acadêmicos e os objetivos institucionais.

REFERÊNCIAS

1. Pezzi L, Pessanha Neto S. O laboratório de habilidades na formação médica. *Cad ABEM*. 2008; 4:16-22.
2. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução n.4, CNE/CES de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. *Diário Oficial da União*. Brasília, 9 nov.2001; Seção 1, p. 38. Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina.
3. Silva SS. Laboratório de habilidades no ensino médico. In: Marins JJJ, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABEM;2004. p. 62-96.
4. Faria DGS. *Embrião de centro de parto normal fundamentado na experiência de formação de enfermeiros obstetras [tese]*. São José do Rio Preto, SP: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2015.
5. Utz B, Kana T, van den Broek N. Practical aspects of setting up obstetric skills laboratories: a literature review and proposed model. *Midwifery*. 2015; 31(4):400-8.

Envio: 10/09/18
Aceite: 12/12/18

Resenhas



METODOLOGIAS UTILIZADAS PARA O CÁLCULO DO CUSTO DO ERRO DE MEDICAÇÃO: UMA ANÁLISE CRÍTICA

METHODOLOGIES USED TO CALCULATE THE COST OF THE MEDICATION ERROR: A CRITICAL ANALYSIS

METODOLOGÍAS UTILIZADAS PARA EL CÁLCULO DEL COSTO DEL ERROR DE MEDICACIÓN: UN ANÁLISIS CRÍTICA

Renata Prado Bereta Vilela*, Marli de Carvalho Jericó**

Resumo

Introdução: A terapêutica medicamentosa é uma prática multiprofissional em instituições de saúde. Erros são inerentes a ela e podem acontecer em qualquer etapa (prescrição, dispensação e administração de medicação) da cadeia medicamentosa, podendo gerar custos à instituição e sistema de saúde. **Objetivo:** Apresentar uma análise crítica sobre as metodologias que estão sendo utilizadas para calcular o custo de erros de medicação. **Método:** Resenha crítica, realizada após a seleção de um texto sobre o custo do erro de medicação. A análise apreendeu o texto em sua completude, a leitura sistemática, o resumo e a análise crítica, baseada em referências atuais e em conclusões de pesquisadores atuantes nessa área. **Resultados:** Ao longo do tempo, o custo do erro de medicação vem sendo estudado em diferentes vertentes e através de diversas metodologias. Predominam estudos que avaliam o custo evitável e a utilização da farmácia clínica para identificação do erro. Também, apontam que o erro ou evento adverso relacionado à medicação aumenta o tempo de permanência hospitalar e, por consequência, os custos. **Conclusão:** Não há padronização em relação a método de custeio ou metodologia utilizada para o cálculo do custo do erro de medicação. A principal perspectiva que vem sendo utilizada para este cálculo é o custo evitável, quando o evento não chega a ocorrer e faz-se uma estimativa do quanto este evento custaria se ele ocorresse.

Palavras-chave: Erros de medicação. Custos e análise de custo. Segurança do paciente. Sistemas de medicação no hospital. Enfermagem.

Abstract

Introduction: Drug therapy is a multiprofessional practice in health institutions. Errors are inherent to it, this can happen at any stage (prescription, dispensation and administration of medication) of the drug chain, which can generate costs for the institution and health system. **Objective:** To present a critical analysis of the methodologies that are being used to calculate the cost of medication errors. **Method:** Critical review, performed after selecting a text on the cost of medication error. The analysis seized the text in its completeness, systematic reading, summary and critical analysis, based on current references and conclusions of researchers working in this area. **Results:** Over time the cost of medication error has been studied in different ways and through several methodologies. Prevalence studies that evaluate the avoidable cost and the use of the clinical pharmacy to identify the error. Also, they point out that the error or adverse event related to the medication increases the length of hospital stay and, consequently, the costs. **Conclusion:** There isn't standardization regarding the costing method or methodology used to calculate the cost of medication error. The main perspective that is being used for this calculation is the avoidable cost where the event does not occur and an estimate is made of how much this event would cost if it occurred.

Keywords: Medication errors. Costs and cost analysis. Patient safety. Medication systems, hospital. Nursing.

Resumen

Introducción: La terapéutica medicamentosa es una práctica multi profesional en instituciones de salud. Los errores son inherentes a ella, éste puede ocurrir en cualquier etapa (prescripción, dispensación y administración de medicación) de la cadena medicamentosa, pudiendo generar costos la institución y sistema de salud. **Objetivo:** Presentar un análisis crítico sobre las metodologías que están siendo utilizadas para el cálculo del costo de errores de medicación. **Material y Método:** Reseña crítica, realizada después de la selección de un texto sobre el costo del error de medicación. El análisis aprehendió el texto en su completitud, la lectura sistemática, el resumen y el análisis crítico, basado en referencias actuales y en conclusiones de investigadores actuantes en esa área. **Resultados:** A lo largo del tiempo, el costo del error de medicación viene siendo estudiado en diferentes vertientes y através de diversas metodologías. Predominan estudios que evalúan el costo evitable y la utilización de la farmacia clínica para identificación del error. También, apuntan que el error o evento adverso relacionado a la medicación aumenta el tiempo de permanencia hospitalaria y, por consiguiente, los costos. **Conclusión:** No hay estandarización en relación al método de costeo o metodología utilizada para el cálculo del costo del error de medicación. La principal perspectiva que viene siendo utilizada para este cálculo es el costo evitable donde el evento no llega a ocurrir y se hace una estimación de cuanto este evento costaría si ocurriera.

Palabras clave: Errores de medicación. Costos y análisis de costo. Seguridad del paciente. Sistemas de medicación en hospital. Enfermería.

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem e docente do curso de Medicina da Faceres de São José do Rio Preto-SP. Contato: renata_bereta@hotmail.com

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem e docente do Departamento de Enfermagem Especializada da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto-SP.

Erros de medicação são definidos como qualquer evento evitável que ocorra em uma ou mais fases da cadeia medicamentosa (prescrição, dispensação, administração de medicamentos) e podem ou não causar algum dano ao paciente^{1,2}. Quando há ocorrência de dano esses erros são considerados eventos adversos a medicações (EAM) do tipo previsíveis³.

Entre os vários inconvenientes decorrentes dos erros de medicação estão os custos que estes podem gerar à instituição ou sistema de saúde. Foi realizado um estudo nacional (Região Sul do Brasil), do tipo observacional e retrospectivo, em um hospital de ensino de médio porte (120 leitos) especializado em oncologia, tendo como objetivo demonstrar o impacto econômico da avaliação farmacêutica na detecção e na prevenção de erros em prescrições de antineoplásicos. Para o cálculo do custo do erro de medicação os autores referem no método que no período do estudo foram avaliadas todas as prescrições eletrônicas contendo antineoplásicos e fármacos adjuvantes ao tratamento oncológico. Após análise, foram identificados os erros de prescrição e o médico responsável foi contactado para a discussão do caso e possível correção. O cálculo do custo foi feito baseado no gasto extra que a instituição teria se o erro não tivesse sido prevenido⁴.

O principal erro de medicação identificado no estudo supracitado foi o erro de dose (superdosagem), dessa forma, como o erro foi identificado e prevenido pelo farmacêutico clínico, foi calculado o custo economizado com a adequação da dose, entendendo-se assim que o custo do erro de medicação seria este valor se o mesmo tivesse ocorrido. O estudo aponta que foram calculados apenas os custos de medicamentos e não materiais, equipamentos, mão de obra e outros valores indiretos, entendendo assim que este é um ponto frágil do estudo⁴.

Uma característica observada neste estudo nacional⁴, assim como em estudos internacionais⁵⁻⁷ realizados na Espanha, Irã e Estados Unidos, é a utilização da farmácia clínica para a identificação do erro de medicação, intervenção farmacêutica para a prevenção e cálculo do custo que esse erro teria se ele tivesse acontecido, ou seja, eles trabalham com uma lógica de custo evitado, apontando o serviço da farmácia clínica como um investimento para evitar o desperdício (erro de medicação).

O método de custeio direto que compreende calcular

todos os custos e despesas, sejam estes fixos ou variáveis, usando como critério que esses valores possam ser diretamente apropriados ao que está sendo custeado⁸, foi o método de escolha dos quatro estudos acima citados⁴⁻⁷.

Também utilizando o método de custeio direto, uma das primeiras pesquisas que abordou a questão do custo dos eventos adversos a medicamentos, no entanto, fez um estudo de coorte, multicêntrico, em que foram acompanhados casos de pacientes que sofreram EAM (caso) e pacientes sem o evento (controle). O custo dos eventos foi calculado com base no aumento da permanência hospitalar⁹. Outros dois estudos multicêntricos realizados igualmente nos Estados Unidos abordam a questão de mensurar o custo dos erros de medicação com base no aumento da permanência hospitalar que estes podem gerar^{10,11}.

A análise de custo-benefício para a qual tanto os custos quanto o benefício em saúde são medidos em unidades monetárias, e os resultados são expressos como lucro líquido⁴ também foi utilizada como metodologia em um estudo chinês que aplicou a relação custo-benefício, diminuindo a economia de custos do supressor de ácido (através de auditoria de prescrição médica realizada pelo farmacêutico clínico) pelo custo do tempo gasto por este profissional. Para tal, foi realizado um estudo de coorte retro-prospectivo¹².

Diversas metodologias têm sido aplicadas para os estudos que abordam os custos dos erros de medicação. Há uma predominância de estudos ligados aos profissionais farmacêuticos, divulgando assim a prática da farmácia clínica. Muitos estudos abordam o método de custeio direto e a questão do custo evitado, ou seja, uma previsão do custo¹³. O aumento da permanência hospitalar que o erro pode gerar tem sido uma variável importante para o cálculo desses custos.

REFERÊNCIAS

1. Vilela RPB, Jericó MC. Medication errors: management of the medication error indicator to ward a more safety nursing practice. *Rev Enferm UFPE online*. 2016 [citado em 10 mar. 2018]; 10(1):119-27. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10929/12220>
2. Vilela RPB, Castilho V, Jericó MC. Erro de medicação: o custo e o impacto das tecnologias preventivas na cadeia medicamentosa. [Dissertação]. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP); 2016 [Internet]. [citado em 10 mar. 2018]. Disponível em: http://bdt.famerp.br/bitstream/tede/363/2/renatapradovilela_dissert.pdf
3. Kane-Gill SL, Jacobi J, Rothschild JM. Adverse drug events in intensive care units: risk factors, impact, and the role of team care. *Crit Care Med*. 2010; 38(6):S83-S89.
4. Aguiar KS, Santos JM, Cambrussi MC, Picoletto S, Carneiro MB. Segurança do paciente e o valor da intervenção farmacêutica em um hospital oncológico. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2018 [citado em 20 mar. 2018]; 16(1):1-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v16n1/pt_1679-4508-eins-S1679-45082018AO4122.pdf
5. Ucha-Samartin M, Pichel-Loureiro A, Vázquez-López C, Payero MA, Parente DP, Castro NML. Impacto económico de la resolución de problemas relacionados con medicamentos en un servicio de urgencia. *Farm Hosp*. 2013;37(1):59-64.
6. Gharekhani A, Kanani N, Khalili H, Dashti-Khavidaki S. Frequency, types, and direct related costs of medication errors in an academic nephrology ward in Iran. *Ren Fail*. 2014; 36(8):1268-72.
7. Schneider PJ. Evaluating the impact of telepharmacy. *Am J Health Syst Pharm*. 2013;70(23):2130-5.
8. Colombo F, Auler SM. Estudo dos métodos de custeio direto e pleno na apuração dos resultados dos cursos regulares de uma instituição de ensino superior. *Rev Destaques Acadêm* [Internet]. 2009 [citado em 22 mar. 2018];1(1):49-59. Disponível em: <http://univates.br/revistas/index.php/destaques/article/viewFile/7/5>
9. Bates DW, Spell N, Cullen D, Burdick E, Laird N, Petersen LA, et al. The costs of adverse drugs events in hospitalized patients. *JAMA*. 1997;277(4):[aproximadamente 5p].
10. Paradis AR, Stewart VT, Bayley KB, Brown A, Bennett AJ. Excess cost and length of stay associated with voluntary patient safety events reports in hospitals. *Am J Med Qual*. 2009;24(1):53-60.
11. Hug BL, Keohane C, Seger DL, Yoon C, Bates DW. The costs of adverse drugs events in community hospitals. *JtComm J Qual Patient Saf*. 2012;38(3):120-6.
12. Luo H, Fan Q, Xiao S, Chen K. Impact of clinical pharmacist interventions on inappropriate prophylactic acid suppressant use in hepatobiliary surgical patients undergoing elective operations. *PLoS ONE* [Internet]. 2017 [citado em 22 mar. 2018];12(10):1-15. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0186302>
13. Vilela RPB, Pompeo DA, Jericó MC, Werneck AL. Custo do erro de medicação e eventos adversos à medicação na cadeia medicamentosa: uma revisão integrativa. *J Bras Econ Saúde* [Internet]. 2018 [citado em 02 abr. 2018]; 10(2):179-89. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/09/915114/jbes102-art-11.pdf>

Envio: 24/09/2018
Aceite: 12/12/2018

SÍNDROME DE DIÓGENES: TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO

DIOGENES SYNDROME: ACCUMULATION DISORDER

SÍNDROME DE DIÓGENES: TRASTORNO DE ACUMULACIÓN

Mário de Jesus Neto*, Luiz Myller Mendes de Matos*, Diogo Oliveira Terra Souza*, Janaina Benatti de Almeida**

Resumo

Introdução: A Síndrome de Diógenes - transtorno psicológico e comportamental, caracterizado pelo acúmulo de objetos e lixo em grandes proporções e pelo isolamento social, contraria padrões sociais. **Objetivo:** Apresentar uma análise crítica e descritiva referente à Síndrome de Diógenes evidenciando o perfil dos pacientes, seus comportamentos e modo de vida. **Material e Método:** Resenha crítica, realizada após a seleção de artigos sobre a Síndrome de Diógenes. A análise apreendeu os artigos em sua completude, a leitura sistemática, o resumo e a análise crítica, baseada em referências atuais. **Resultados:** Em todos os estudos contidos nesta resenha observou-se que as pessoas acometidas pela síndrome se apresentam sob a forma de conduta ativa, pela intenção e esforço para acumular objetos sem valor ou serventia. É uma patologia pouco estudada e subdiagnosticada. Geralmente acontece em pacientes de idade mais avançada, porém pode afetar pacientes jovens. A descrição das tentativas terapêuticas e como elas são realizadas ainda são poucas. **Conclusão:** A Síndrome de Diógenes é uma condição grave e requer abordagem multiprofissional. Novos estudos são necessários para guiar estratégias de abordagem e terapêutica eficazes, com base sedimentada em condutas de aporte científico para que os pacientes com a síndrome sejam mais bem abordados e tratados.

Palavras-chave: Síndrome de Diógenes. Demência. Transtorno de acumulação.

Abstract

Introduction: Diogenes syndrome - psychological and behavioral disorder, characterized by the accumulation of objects and garbage in large proportions and social isolation, contrary to social standards. **Objective:** Present a critical and descriptive analysis regarding people with hoarding disorder demonstrating people's profile, their behaviors, and way of life. **Material and Method:** Critical review, conducted after the selection of articles on Diogenes Syndrome. The analysis seized the articles in their completeness, the systematic reading, the summary and the critical analysis, based on current references. **Results:** We observed in all articles screened that people with hoarding disorder have an active behavior with the intention and effort to accumulate objects regardless of actual value and usefulness. It is a poorly studied and under diagnosed disease. It usually occurs in older people, but it can also affect young people. Description of the therapeutic attempts and how they are performed are still lacking in the literature. **Conclusion:** Hoarding disorder is a serious condition and requires multidisciplinary approach. New studies are needed to guide effective approaches, as well as therapeutic approaches based on sound scientific contribution in order to better approach and treat people with hoarding disorder.

Keywords: Hoarding disorder. Insanity. Accumulation disorder.

Resumen

Introducción: Síndrome de Diógenes - trastorno psicológico y conductual, caracterizado por la acumulación de objetos y basura en grandes proporciones y por el aislamiento social, contraría patrones sociales. **Objetivo:** Presentar un análisis crítico y descriptivo en cuanto al Síndrome de Diógenes evidenciando el perfil de los pacientes, sus comportamientos y modo de vida. **Material y Método:** Reseña crítica, realizada después de la selección de artículos sobre el disturbo, cuyo análisis aprehendió la lectura sistematizada de artículos en su completitud embasados en referencias actuales. **Resultados:** Se identificó en todos los estudios contenidos en esta reseña que las personas acometidas por el síndrome se presentan bajo la forma de conducta activa, por la intención y esfuerzo para acumular objetos sin valor o serventia. La patología todavía poco estudiada y sub diagnosticada, generalmente ocurre en pacientes de edad más avanzada, pero puede afectar a las personas jóvenes. La descripción de los intentos terapéuticos y cómo se realizan todavía son pocas. **Conclusión:** El Síndrome de Diógenes afecta a personas con personalidad pre-morbida y representa una condición compleja que requiere un enfoque multiprofesional. Nuevos estudios son necesarios para trazar estrategias de abordaje y terapêutica eficaces, con base sedimentada en conductas de aporte científico para que los pacientes con el síndrome sean mejor abordados y tratados.

Palabras clave: Síndrome de Diogenes. Demencia. Trastorno de acumulación.

*Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade FACERES – São José do Rio Preto-SP.

**Docente do curso de Medicina da Faculdade FACERES – São José do Rio Preto-SP. Contato: janabalmeida@gmail.com

INTRODUÇÃO

A síndrome de Diógenes (SD) teve suas primeiras descrições por volta de 1966 e 1975 e caracteriza-se por uma quebra e rejeições de padrões sociais, no abandono progressivo do contato social, bem como no comportamento de acumulação de objetos e lixo¹. Recentemente, na nova edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 da *American Psychiatric Association* (APA) foi incluído o transtorno da Acumulação (TA), cujos principais sintomas remetem à necessidade de coletar intencionalmente objetos ou animais e à dificuldade em desfazer-se desses pertences²⁻¹³.

Pacientes com SD tendem ao isolamento não por desejarem ser autossuficientes, mas por desconfiança e rejeição ao mundo externo¹⁴. Os indivíduos que acumulam possuem dificuldade patológica em se desfazer das posses, mesmo que estas não apresentem mais utilidade ou causem desorganização, assim, a SD está estritamente relacionada ao Transtorno da Acumulação¹³.

Epidemiologicamente, a SD se caracteriza por afetar, sobretudo, mulheres (dois terços dos casos); em 84% dos casos são idosos (média de idades de 78 anos), dos quais 21% são muito idosos. Sobretudo, são indivíduos solteiros (44%) ou viúvos (25%), que habitam sozinhos em apartamento, incapazes de manter relações sociais e relutantes em receber qualquer tipo de ajuda². A SD parece não ser específica de um estrato socioeconômico baixo, pois grande parte dos pacientes possuem curso profissional ou curso de nível superior ou um emprego com boa remuneração¹.

A SD é descrita como um descuido significativo com a higiene pessoal, negligência com o asseio da própria moradia, isolamento social marcado pela ausência de crítica para a situação. Frequentemente, está associada a um comportamento paranóico, sendo constante a ocorrência de colecionismo, como a acumulação de grandes quantidades de objetos inúteis, sem um propósito aparente³. As pessoas acometidas pela SD apresentam-se sob a forma de conduta ativa, pela intenção e esforço para acumular objetos sem valor ou serventia, e a maioria dos indivíduos permite tal situação em resultado da falta de iniciativa ou incapacidade de descarte⁴.

O extremo acúmulo de objetos leva a desordem que interfere funcionalmente no espaço físico ocupado pelo indivíduo (por exemplo, a acumulação impede a

capacidade de cozinhar, limpar, dormir e mover-se através da habitação) e devido a essa desordem causada pela acumulação, esses pacientes têm maiores riscos de quedas, incêndios, dificuldades sanitárias e problemas de saúde³⁻⁸.

Muito comum por parte dos pacientes é a recusa de ajuda, apresentando várias hipóteses explicativas para o acúmulo, afirmando que tudo que está acumulado faz parte de seu meio de trabalho e sobrevivência, por exemplo, como recicladores e ou donos de brechós¹.

Quanto ao tratamento e tentativas de resolução dos casos de SD existem poucos relatos e trabalhos sobre o tema. A maioria dos estudos coloca como principal método de intervenção o acompanhamento com uma diversidade de serviços e cuidados dispensados na comunidade, a exemplo, cuidados domiciliares feitos por profissionais de saúde e da área de saúde mental, apoio de entidades da comunidade para a promoção de atividades ocupacionais, abordagem para a segurança em casa e apoio nas atividades de vida diária; alimentação, encorajamento para a higiene pessoal. Existem relatos de outras formas de intervenção como: internamento voluntário e o tratamento farmacológico para inibir ou controlar comportamentos associados a outras comorbidades que podem coexistir com a SD. Porém, grande parte das pessoas acometidas pela síndrome não aceita as propostas de intervenções e ainda não existe nada específico para resolução do quadro ou algum estudo que mostre benefício de alguma terapêutica⁵⁻⁷.

Uma grande proporção de indivíduos com a síndrome apresenta uma instável condição mental ou médica anterior, muitas vezes estão envolvidos em processos de dependência química, demência, depressão ou com características psicóticas. É, portanto, um problema psicopatológico¹⁵. A maior prioridade do tratamento é avaliar o estado de saúde da pessoa e complicações decorrentes da falta de alimentação e higiene. Nos casos em que esta síndrome é agravada por outros distúrbios, como a depressão ou um transtorno psicótico, é necessário aplicar ambas as estratégias: psicológicas e farmacológicas. Muitas vezes, com o uso de antidepressivos para melhorar o humor¹⁶.

A intervenção sobre a SD implica a avaliação dos fatores atuantes e do contexto de vida do indivíduo. As formas de intervenção descritas incluem o internamento

voluntário, o tratamento compulsivo, o tratamento farmacológico e a intervenção integrada na comunidade. Destaca-se a evidência de uma intervenção domiciliar centrada na visita de profissionais, sendo esquecido e/ou dificultado o esforço por sensibilizar, formar e envolver a comunidade e a família, o que constitui um fator explicativo do prognóstico pobre da gestão de casos. Os principais obstáculos à intervenção na SD são o isolamento e a recusa de apoio, revelando, sobretudo, o desequilíbrio entre as necessidades do sujeito com SD e a forma como os serviços lhe são dirigidos¹⁷.

Estudos sobre o uso de paroxetina, venlafaxina, metilfenidato e atomoxetina, no que tange ao tratamento farmacológico atual do TA, têm demonstrado alguma eficácia, sobretudo quando associados à terapia cognitivo-comportamental¹⁸.

A dificuldade no estudo da SD reflete-se no desenho das investigações científicas em análise que revelaram incluir amostras reduzidas e por conveniência, com recolha de dados secundários. Uma das maiores dificuldades encontradas diz respeito à falta de congruência metodológica entre os diversos relatos de caso, nos quais se observa uma falha na relevância e na abrangência dos dados (por exemplo, geralmente focam apenas uma das categorias definidas para a análise e não descrevem com detalhes métodos de avaliação, diagnóstico e intervenção). Assim, os resultados do estudo de casuística devem ser interpretados com cautela por não ser possível inferir com segurança a prevalência dos fatores analisados nem estimar o potencial das intervenções consideradas¹⁷.

Reconhece-se também a importância de comprometimento do meio científico com o termo "Síndrome de Diógenes", para impulsionar a convergência de esforços e melhorar o conhecimento e esclarecimento científico¹⁷.

A SD é um distúrbio complexo que requer tratamento de diferentes abordagens. As pessoas com este transtorno não costumam ir para a psicoterapia de forma voluntária, sendo encaminhadas por médicos ou judicialmente ou pressionadas pelos familiares. A intervenção deve ser multidisciplinar, porque é necessário atuar tanto no aspecto psicológico como nos hábitos do indivíduo, uma vez que o acúmulo de lixo torna-se parte da vida diária da pessoa, e é muito difícil quebrar essa dinâmica. Precisamente por isso, também se deve agir sobre o lugar onde o indivíduo

mora, pois focar apenas na pessoa nem sempre é eficaz¹⁵.

Conclui-se que o comportamento de acumular objetos e lixo característico de pessoas com a SD constitui-se em uma condição clínica de relevância para a saúde pública pelas consequências a ela associadas, a exemplo do cenário atual em que o acúmulo de água contribui para a epidemia da dengue, chikungunya e zika vírus, aumentando a superlotação de unidades de pronto atendimento e hospitais. A SD é uma patologia pouco estudada e ainda subdiagnosticada, bem como há pouca descrição sobre as tentativas terapêuticas e como elas são realizadas.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira A, Sousa S, Paiva S. Quando o apego às coisas se trata de síndrome de Diógenes: a propósito de um caso clínico. *Rev Port Med Geral Fam* [Internet]. 2016 [citado em 17 nov. 2017]; 32:126-30. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11736>
2. Stump BP, Rocha FL. Síndrome de Diógenes. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2010 [citado em 17 nov. 2017]; 59(2):156-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000200012
3. Almeida R, Oscar R. Síndrome de Diógenes: revisão sistemática da literatura. *Rev Port Saúde Pública* [Internet]. 2012 [citado em 17 nov. 2017]; 30(1):89-99. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902512000119>
4. Lozano ER, Fuillerant CO, Novaldos GB, Antón MS, Guitierrez FG, Pérez CB. Características sociodemográficas de las personas con conducta acumuladora/trastorno por acumulación (S. de Diógenes) en la ciudad de Madrid: serie de casos. *Rev Assoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2014 [citado em 18 nov. 2017]; 34(124):665-81. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352014000400002
5. Projna B, Anusree G, Sanchaita B, Falguni N, Nidhi C, Sumit S. Diogenes syndrome: a case report. *Case Rep Dermatol Med* [Internet]. 2013 [citado em 17 nov. 2017]; 2013:595192. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/cridm/2013/595192/>
6. Vaz EC, Amorós RM. Síndrome de Diógenes: a propósito de un caso. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2010 [citado em 17 nov. 2017]; 30(3):489-95. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000300009
7. Nayak G, Gopinath H, Kumar P. Un masking Diogenes syndrome. *Indian J Dermatol* [Internet]. 2015 [citado em 17 nov. 2017]; 30(3):287-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26120158>
8. Sheridan M, Jamieson A. Life-threatening follic acid deficiency: Diogenes syndrome in a young woman? *Am J Med* [Internet]. 2015 [citado em 17 nov. 2017]; 128(8):e7-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25863152>
9. Irvine JDC, Nwachukwu K. Recognizing Diogenes syndrome: a case report. *BMC Res Notes* [Internet]. 2014 [citado em 17 nov. 2017]; 7:276. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/7/276>
10. Cipriani G, Lucetti C, Vedovello M, Nuti A. Diogenes Syndrome in patients suffering from dementia. *Dialogues Clinl Neurosci* [Internet].

- 2012 [citado em 17 nov. 2017]; 14(4):455-60. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3553571/>
11. Eren F, Inanir NT, Çetin S, Eren B, Dokgöz, Gündoğmuş ÜN. Medico legal approach to Diogenes syndrome: a case report. *Maedica Clin Med* [Internet]. 2015 [citado em 17 nov. 2017]; 10(4):361-3. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5394436/>
 12. Schmidt DR, Della Méa, CP, Wagner MF. Transtorno da acumulação: características clínicas e epidemiológicas. *Rev CES Psicologia*. 2014; 7(2):27-43
 13. Cooney C, Hamid W. Review: Diogenes syndrome. *Age Ageing*. 1995; 24:451-3.
 14. PsiconlineWS. Síndrome de Diógenes: causas, sintomas e tratamento [Internet]. 2016 [citado em 17 nov. 2017]. Disponível em: <https://www.psiconlineWS.com/2017/09/sindrome-de-diogenes-causas-sintomas-e-tratamento.html>
 15. Mello JLC, Alves RS, Florêncio LC, Fregonesi MM, Carvalho TC, Martins MS. Síndrome de Diógenes: relato de caso. *Geriatr Gerontol Aging* [Internet]. 2017 [citado em 17 nov. 2017]; 11(4):189-92. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876611/gga-v11n4_pt_189-192.pdf
 16. Thompson C, Fernández de la Cruz L, Mataix-Cols D, Onwumere J. A systematic review and quality assessment of psychological, pharmacological, and family-based interventions for hoarding disorder. *Asian J Psychiatr*. 2017 27:53-66.
 17. Grassi G, Micheli L, Di Cesare Mannelli L, Compagno E, Righi L, Ghelardini C, et al. Atomoxetina for hoarding disorder: a pre-clinical and clinical investigation. *J Psychiatr Res*. 2016; 83:240-8.
 18. Brakoulias V, Eslick GD, Starcevic V. A meta-analysis of the response of pathological hoarding to pharmacotherapy. *Psychiatry Res*. 2015; 229(1-2):272-6.

Envio: 14/10/2018
Aceite: 10/12/2018

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A *CuidArte Enfermagem*, revista do Centro Universitário Padre Albino (FIPA) de Catanduva-SP, com periodicidade semestral, tem por objetivo proporcionar à comunidade científica, enquanto um canal formal de comunicação e disseminação da produção técnico-científica nacional, a publicação de artigos relacionados à área da saúde, especialmente da Enfermagem. Objetiva também publicar suplementos sob a forma de coleções de artigos que abordem tópicos ou temas relacionados à saúde. O artigo deve ser inédito, isto é, não publicado em outros meios de comunicação.

As normas de um periódico estabelecem os princípios éticos na condução e no relatório da pesquisa e fornecem recomendações com relação aos elementos específicos da edição e da escrita. Visam melhorar a qualidade e a clareza dos textos dos artigos submetidos à revista, além de facilitar a edição. Os Editores recomendam que os critérios para autoria sejam contribuições substanciais à concepção e ao desenho, ou à coleta, análise e à interpretação de dados; redação do artigo ou revisão crítica visando manter a qualidade do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a publicar.

CATEGORIAS DE ARTIGOS DA REVISTA

ARTIGOS ORIGINAIS: trabalho de pesquisa com resultados inéditos que agreguem valores à área da saúde, em especial na área da Enfermagem. Sua estrutura deve conter: resumo, descritores (palavras-chave), introdução, objetivos, material e métodos, resultados, discussão, conclusões e referências. Sua extensão limita-se a 15 páginas. Seguir instruções que constam na preparação do artigo. Recomenda-se que o número de referências bibliográficas limite-se a 20, havendo, todavia, flexibilidade. O texto deve conter fontes bibliográficas internacionais. O artigo original não deve ter sido divulgado em nenhuma outra forma de publicação ou em revista nacional.

ARTIGOS DE REVISÃO: avaliação crítica e abrangente sobre assuntos específicos e de interesse para o desenvolvimento da Enfermagem, já cientificamente publicados. Os artigos deverão conter até 15 páginas.

ARTIGOS DE ATUALIZAÇÃO OU DIVULGAÇÃO: trabalhos descritivos e interpretativos sobre novas técnicas ou procedimentos globais e atuais em que se encontram determinados assuntos

investigativos. Os artigos deverão conter até 10 páginas.

ESPAÇO ACADÊMICO: destinado à divulgação de estudos desenvolvidos durante graduação, em obediência às mesmas normas exigidas para os artigos originais. O nome do orientador deverá ser indicado em nota de rodapé, e deverão conter no máximo 10 páginas.

RELATOS DE CASO(S): descrição de casos envolvendo pacientes, ou situações singulares, doenças raras ou nunca descritas, assim como formas inovadoras de diagnóstico ou tratamento. O texto em questão aborda os aspectos relevantes que devem ser comparados com os disponíveis na literatura. Deverá ser enviada cópia do Parecer do CEP.

RESENHAS E REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS: análise crítica da literatura científica publicada recentemente. Os artigos deverão conter até 3 páginas.

Os artigos devem ser encaminhados ao editor-chefe da revista, especificando a sua categoria, devendo ser anexada a **DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS**, nos seguintes moldes: Eu (nós), abaixo assinado(s) transfiro(erimos) todos os direitos autorais do artigo intitulado (título) à *CuidArte Enfermagem*. Declaro(amos) ainda que o trabalho é original e que não está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico. Data e Assinatura(s).

Cada artigo deverá indicar o nome do autor responsável pela correspondência junto a Revista, e seu respectivo endereço, incluindo telefone e e-mail, e a este autor será enviado um exemplar da revista.

ASPECTOS ÉTICOS: todas as pesquisas envolvendo estudos com seres humanos deverão estar de acordo com a Resolução CNS-196/96, devendo constar o consentimento por escrito do sujeito e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Caso a pesquisa não envolva seres humanos, especificar no ofício encaminhado. Deverá ser enviada cópia do Parecer do CEP. Quando relatam experimentos com animais, os autores devem mencionar se foram seguidas as diretrizes institucionais e nacionais para os cuidados e a utilização dos animais de laboratório.

ENVIO DE ORIGINAIS: o artigo deve ser enviado pelo correio em 2 vias impressas, com cópia em CD, digitado no programa *Microsoft Office Word* da versão 2003 a 2010. A revista não

se responsabilizará por eventual extravio durante o envio do material. Após o recebimento do material será enviado e-mail de confirmação ao autor responsável.

SELEÇÃO DOS ARTIGOS: inicialmente, todo artigo submetido à Revista será apreciado pelo Conselho Científico nos seus aspectos gerais, normativos e sua qualidade científica. Ao ser aprovado, o artigo será encaminhado para avaliação de dois revisores do Conselho Científico com reconhecida competência no assunto abordado. Caso os pareceres sejam divergentes o artigo será encaminhado a um terceiro conselheiro para desempate (o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir o terceiro parecer). Os artigos aceitos ou sob restrições poderão ser devolvidos aos autores para correções ou adequação à normalização segundo as normas da Revista. Artigos não aceitos serão devolvidos aos autores, com o parecer do Conselho Editorial, sendo omitidos os nomes dos revisores. Aos artigos serão preservados a confidencialidade e sigilo, assim como, respeitados os princípios éticos.

PREPARAÇÃO DO ARTIGO

Formatação do Artigo: a formatação deverá obedecer às seguintes características: impressão e configuração em folha A4 (210 X 297 mm) com margem esquerda e superior de 3cm e margem direita e inferior de 2cm. Digitados em fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaço 1,5 entrelinhas, com todas as páginas numeradas no canto superior direito. Devem ser redigidos em português. Se for necessário incluir depoimentos dos sujeitos, estes deverão ser em itálico em letra tamanho 10, na sequência do texto. Citação *ipsis litteris* usar aspas na sequência do texto.

Autoria, Título e Subtítulo do Artigo: apresentar o título do trabalho (também em inglês e espanhol) conciso e informativo, contendo o nome dos autores (no máximo 6). No rodapé, deverá constar a ordem em que devem aparecer os autores na publicação, a maior titulação acadêmica obtida, filiação institucional, onde o trabalho foi realizado (se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, nome da agência financiadora) e o endereço eletrônico.

Resumo: deverá ser apresentado em português, inglês (*Abstract*) e espanhol (*Resumen*). Deve vir após a folha de rosto, tipo informativo, limitar-se ao máximo de 250 palavras e deverá conter: objetivo do estudo, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e análise, principais resultados e as conclusões). Redigir em parágrafo único, espaço simples, fonte 10, sem recuo de parágrafo.

Palavras-chave: devem aparecer abaixo do resumo, conter no mínimo 3 e no máximo 6 termos que identifiquem o tema,

limitando-se aos descritores recomendados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e apresentado pela BIREME na forma trilingue, disponível à página URL: <http://decs.bvs.br>. Apresentá-los em letra inicial maiúscula, separados por ponto. Ex: Palavras-chave: Enfermagem hospitalar. Qualidade. Saúde.

Tabelas: as tabelas (fonte 10) devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, com a inicial do título em letra maiúscula e sem grifo, evitando-se traços internos horizontais ou verticais. Notas explicativas deverão ser colocadas no rodapé das tabelas. Seguir Normas de Apresentação Tabular do IBGE. Há uma diferença entre Quadro e Tabela. Nos quadros colocam-se as grades laterais e são usados para dados e informações de caráter informativo. Nas tabelas não se utilizam as grades laterais e são usadas para dados analisados.

Ilustrações: qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (Desenho, Esquema, Fluxograma, Fotografia, Gráfico, Mapa, Organograma, Planta, Quadro, Retrato, Figura, Imagem, entre outros), seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título. As legendas devem ser claras. Para utilização de ilustrações extraídas de outros estudos, já publicados, os autores devem solicitar a permissão, por escrito, para reprodução das mesmas. As autorizações devem ser enviadas junto ao material por ocasião da submissão. Figuras coloridas não serão publicadas. As ilustrações deverão ser enviadas juntamente com os artigos em uma pasta denominada figuras, no formato BMP ou TIF com resolução mínima de 300 DPI. A revista não se responsabilizará por eventual extravio durante o envio do material.

Abreviações/Nomenclatura: o uso de abreviações deve ser mínimo e utilizadas segundo a padronização da literatura. Indicar o termo por extenso, seguido da abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecer no texto. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação científica do produto.

Citações no texto: devem ser numeradas com algarismos arábicos sobrescritos, de acordo com a ordem de aparecimento no texto. Quando o autor é novamente citado manter o identificador inicial. No caso de citação no final da frase, esta deverá vir antes do ponto final e no decorrer do texto, antes da vírgula. Exemplo 1: citações com numeração sequencial "...de acordo com vários estudos"¹⁻⁹. - Exemplo 2: citações com números intercalados "...de acordo com vários estudos"^{1,3,7-10,12}. Excepcionalmente pode ser empregado o nome do autor da referência como, por exemplo, no início de frases destacando sua importância.

Agradecimentos: deverão, quando necessário, ocupar um parágrafo separado antes das referências bibliográficas.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com o "Estilo Vancouver" Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE*). Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html e também disponível em: <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> traduzido e adaptado por Maria Gorete M. Savi (Coordenadora) e Helena Schmidt Burg. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados pela lista de abreviaturas de periódicos da *Index Medicus* (base de dados Medline), que pode ser consultado no endereço: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals> sendo que coloca-se um ponto após o título para separá-lo do ano. Exemplos: N Engl J Med. 2013. Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consulte o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano. Exemplos: Femina., Rev Bras Reumatol., Rev Bras Hipertens. Utilizar preferencialmente referências com menos de cinco anos de publicação. Incluir também referências internacionais na discussão, principalmente de textos publicados em periódicos científicos internacionais ou, se forem periódicos publicados no Brasil, que sejam também indexados em bases internacionais.

EXEMPLO DE REFERÊNCIAS

Devem ser citados até seis autores, acima deste número, citam-se apenas os seis primeiros autores seguidos de et al.

Livro

Baird SB, Mccorkle R, Grant M. Cancer nursing: a comprehensive textbook. Philadelphia: WB. Saunders; 1991.

Capítulo de livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Agência governamental como autor

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Autor (pessoa física) e organização como autores

Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ; Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. J Urol. 2003; 169(6):2257-61.

Artigo de periódico com mais de 6 autores

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer. 1996; 73:1006-12.

Trabalho apresentado em congresso

Lorenzetti J. A saúde no Brasil na década de 80 e perspectivas para os anos 90. In: Mendes NTC, coordenadora. Anais do 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1989 set 2-7; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: ABEn – Seção SC; 1989. p. 92-5.

Documentos jurídicos

Brasil. Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 jun 1986. Seção 1, p.1.

Tese/Dissertação

Lipinski JM. A assistência de enfermagem a mulher que provocou aborto discutida por enfermeiros em busca de uma assistência humanizada [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFSC; 2000.

Artigo em formato eletrônico

Polgreen PM, Diekema DJ, Vandenberg J, Wiblin RT, Chen YY, David S, et al. Risk factors for groin wound infection after femoral artery catheterization: a case-control study. Infect Control Hosp Epidemiol [Internet]. 2006 Jan [citado em 5 jan. 2007]; 27(1):34-7. Disponível em: <http://www.journals.uchicago.edu/ICHE/journal/issues/v27n1/2004069/2004069.web.pdf>

Alves Júnior L, Rodrigues AJ, Évora PRB, Basseto S, Scorzoni Filho A, Luciano PM, et al. Fatores de risco em septuagenários ou mais idosos submetidos à revascularização do miocárdio e ou operações valvares. Rev Bras Cir Cardiovasc [Internet]. 2008 [citado em 06 out. 2016]; 23(4):550-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v23n4/v23n4a16.pdf>

ENDEREÇO PARA ENCAMINHAMENTO DE ARTIGOS



Rua dos Estudantes, 225

Parque Iracema - Catanduva-SP - Brasil

CEP. 15809-144

Contato: e-mail: revistaenfermagem@unifipa.com.br

Fone: (17) 3311-3331



Ramon Nobalbos
Gráfica e Editora

Tel.: (17) 3522-4453
E-mail: atendimento@nobalbos.com.br
Rua 7 de Setembro, 342 - Higienópolis - CATANDUVA - SP