CEM

Escola de Enfermagem
Nova Esperança Ltda.

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança

João Pessoa-PB	v. 8	n. 1/2	p. 1-106	Jun./dez. 2010

ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR

Diretora-Presidente da
Entidade Mantenedora
Kátia Maria Santiago Silveira

Diretor Vice-Presidente
João Fernando Pessoa Silveira

Diretor da FACENE
Eitel Santiago Silveira

Diretora da FAMENE
Kátia Maria Santiago Silveira

Coordenadora do
Curso de Enfermagem - FACENE
Nereide de Andrade Virgínio

Coordenadora do
Curso de Medicina - FAMENE
Gladys M. Cordeiro da Fonseca

ÓRGÃOS DE APOIO ADMINISTRATIVO

Secretaria Geral
Carolina Santiago Silveira Polaro Araújo
Tesouraria
Alexandre Henrique Santiago Silveira
Recursos Humanos
Tatiana (?)
Comitê de Ética em Pesquisa Facene/Famene
Rosa Rita da Conceição Marques
Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmicas
Oriana Deyze Paiva Correia Leadebal
Biblioteca
Janaína Nascimento de Araújo - CRB 15/103
Liliane Soares da Silva Morais - CRB 15/487

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança - *Semestral*

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança -
ISSN 1679-1983
Av. Frei Galvão, 12
Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil
CEP: 58.067-695 - Telefone: (83) 2106-4791
Site: www.facene.com.br
E-mail: revista@facene.com.br

Tiragem: 300 exemplares

Editor
Edielson Jean da Silva Nascimento

CONSELHO EDITORIAL
- Clélia Albino Simpson – UFRN-RN
- Homero Perazzo Barbosa – FACENE/FAMENE-PB
- Iara de Morais Xavier – UnB-DF
- Iolanda Beserra da Costa Santos – UFPB-PB
- Jackson Roberto G. S. Almeida – UNIVASF-PE
- José Augusto Peres – UnP-RN
- Josean Fechine Tavares – UFPB-PB
- Katy Lísias Gondim Dias – FAMENE-PB
- Liana Clébia Soares Lima de Morais – UFPB-PB
- Lucindo José Quintans Júnior – UFS-SE
- Marcos Antonio Jerônimo Costa – FACENE-PB
- Marcos Antonio Nóbrega de Sousa – UEPB-PB
- Maria Júlia Guimarães de O. Soares – UFPB-PB
- Marta Miriam Lopes Costa – UFPB-PB
- Regina Célia de Oliveira – **UnP**-PE(?)
- Rinaldo Henrique Aguilar da Silva – Famema-SP
- Roque Marcos Savioli – INCOR/FMUSP-SP
- Simone Carneiro Maldonado – UFPB-PB

CAPA
Luiz de Souza Soares

Diagramação
Magno Nicolau

Edição
Ideia Editora Ltda.
ideiaeditora@uol.com.br

A partir do triênio 2007/2009 a Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança obteve o Qualis "B5", pela Capes, para as áreas de Enfermagem e Medicina.

A Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança é afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos - ABEC.

Impressa no ano de 2011.

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança. v.8 n. 1/2. João Pessoa: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, 2010.

v.: il.;

Semestral
ISSN 1679-1983

1. Ciências da Saúde - Periódico I. Título.

CDU – 61(05)

Sumário

EDITORIAL, 5

ARTIGOS ORIGINAIS

PERFIL DOS ACIDENTES DE TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM INSTITUIÇÃO HOSPITALAR PÚBLICA, 7
Ylka Crispim de Almeida Rodrigues
Anne Jaquelyne Roque Barrêto
Matheus Figueiredo Nogueira

A IMPORTÂNCIA DA HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS EM AMBIENTE HOSPITALAR, 17
José Firmino Oliveira Júnior
Khivia Kiss da Silva Barbosa
Jogilmira Macêdo Silva
Fabiana Ferraz Queiroga Freitas
Daniela Karina Antão

ATITUDES RELIGIOSAS DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE CRÍTICO, 24
Glauciele Barbosa Pereira Medeiros
Paulo Emanuel Silva
Ednice Fidelis Anisio

RELAÇÃO TREINADOR-ATLETA: PERCEPÇÃO DOS COMPORTAMENTOS DE LIDERANÇA E COESÃO POR EQUIPES DE VOLEIBOL DE PRAIA, 36
Felipe Brandão dos Santos Oliveira
Maria do Socorro Cirilo de Sousa
Gilmário Ricarte Batista
Jefferson da Silva Novaes

CONTROLE SOCIAL: CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 43
Ariano Suassuna dos Santos
Anne Jaquelyne Roque Barrêto

PROPOSTA DE UM PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA CLIENTES COM SÍNDROME DE FOURNIER, 53
Khivia Kiss da Silva Barbosa
Jogilmira Macêdo Silva
Edna Silva Grangeiro
Fabiana Ferraz Queiroga Freitas
Gerlane Ângela da Costa Moreira

ARTIGOS DE ATUALIZAÇÃO

ABORDAGEM LITERÁRIA SOBRE A CRIPTOCOCOSE, 59
Layanne Cabral da Cunha Araujo
Paola Sysnanda Alves de Miranda
Mabel Soares de Almeida
Maria do Livramento Ferreira Lima

ESTUDO COMPARATIVO DE CORTES CORONAIS NEUROANATOMICOS COM RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA – IMPORTÂNCIA DO ACERVO DE CORTES ENCEFÁLICOS DA FAMENE NA PROPEDEUTICA DA MONITORIA DE NEUROANATOMIA, 65
Arlindo Ugulino Netto
Luiz Gustavo Correia Barros
Stênio Abrantes Sarmento

SAÚDE MENTAL: O NORMAL E O PATOLÓGICO À LUZ DE FOUCAULT E CANGUILHEM, 71
Vilma Felipe Costa de Melo
Cletiane Medeiros Araújo
Saulo Felipe Costa

ARTIGOS DE REVISÃO

ASPECTOS MICROBIOLÓGICOS E BIOQUÍMICOS DA CÁRIE DENTAL – UMA REVISÃO DA LITERATURA, 82
Pablo Guilherme Caldarelli
Regina Lúcia dos Santos

O PROFISSIONAL DE SAÚDE FRENTE À IMINÊNCIA DA MORTE EM PACIENTE TERMINAL, 86
Patrícia Geysiane Santos dos Anjos
Poliana Lira Cavalcanti
Tatiane Guedes Ferreira Cordeiro
Edvânia Bento Costa

COMUNICAÇÃO BREVE

RECONSTRUÇÃO DO LIGAMENTO PATELOFEMORAL MEDIAL: UMA TÉCNICA SIMPLES USANDO PONTOS ISOMÉTRICOS, 93
Rosalvo Zósimo Bispo Júnior
Cezar Teruyuki Kawano
Alexandre Takayuki Soejima

Normas, 99

Editorial

A PESQUISA CIENTÍFICA NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL

A educação brasileira é foco de diversas discussões há vários anos, no entanto, recentemente, a cultura tem modificado hábitos e comportamentos em nossos alunos no que se referem à busca de conhecimentos e de resolução de problemas. Como os estudos pedagógicos e científicos exigem novas maneiras de olhar o mundo, a fim de desenvolver indivíduos críticos e capazes de discernimento, os aprendentes estão se aprofundando cada dia mais em conteúdos e saberes que seriam vistos apenas superficialmente. Não é mais suficiente a formação num curso superior, com um diploma que traria boas oportunidades de emprego e garantia de sucesso e de segurança. Atualmente, o profissional deve se manter em constante formação e atualização dos seus conhecimentos, quer seja em projetos de pesquisa, extensão e pós-graduação.

Sendo assim, as pesquisas científicas são primordiais para que sejam realizados levantamentos de dados, reflexões sobre recentes descobertas, revisão de literatura específica de cada área, análise de grupos comunitários ou regionais, estudos de caso ou de campo, levando-se em consideração o contexto em que serão estudados, as condições econômicas e educacionais dos indivíduos envolvidos nas pesquisas, entre outros aspectos relevantes.

Especificamente na área da saúde e afins, devido às constantes descobertas e atualizações, associadas às tecnologias, fazem-se necessárias frequentes publicações científicas, uma vez que é imprescindível ao profissional de saúde oportunizar a construção do seu conhecimento a partir da realidade e compreender fundamentos que delimitam a pesquisa, em todos seus aspectos, seja quanto às implicações éticas que envolvem seres humanos, seja na seleção de amostra para coleta de dados, sempre acompanhando as rápidas mudanças ocorridas no campo da ciência.

Diferentes tipos de pesquisa, como estudos bibliográficos, documentais,

observacionais e experimentais, do tipo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa e/ou qualitativa, mantêm a informação sempre atualizada e permitem que outros profissionais, pesquisadores, professores e alunos tenham conhecimento do que está sendo estudado. Portanto, a Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, mantida pela FACENE/FAMENE, procura atender esta demanda, associando a teoria à prática, em prol da valorização e disseminação das pesquisas científicas, cujo objetivo é alcançar qualidade e compromisso com a saúde do nosso país.

Cyelle Carmem Vasconcelos Pereira
(Mestre em Letras pela UFPB.
Escritora. Professora de Língua Portuguesa)

Artigo Original

PERFIL DOS ACIDENTES DE TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM INSTITUIÇÃO HOSPITALAR PÚBLICA

Ylka Crispim de Almeida Rodrigues[1]
Anne Jaquelyne Roque Barrêto[2]
Matheus Figueiredo Nogueira[3]

RESUMO
A Saúde do Trabalhador constitui um campo na área da Saúde Coletiva em plena construção, cujo objeto está centrado no processo saúde-doença dos trabalhadores dos diversos grupos populacionais em sua relação com o trabalho. No que diz respeito aos acidentes de trabalho (ATs) que atingem os trabalhadores das unidades hospitalares, vale destacar que estes são ambientes complexos que apresentam elevados números de riscos para os seus profissionais. O presente estudo teve como objetivos conhecer os tipos de acidentes do trabalho de enfermagem e investigar a adesão pelo profissional de enfermagem ao uso regular de EPI's em uma instituição hospitalar pública do município de Cabedelo-PB. Trata-se de um estudo de campo com abordagem quantitativa, cujos dados foram coletados através de entrevista estruturada com a utilização de um questionário. Constituíram-se sujeitos do estudo 20 trabalhadores de enfermagem, sendo 4 (20%) enfermeiros, 15 (75%), técnicos de enfermagem e 1 (5%) auxiliar de enfermagem. Nos resultados, verificou-se quanto à caracterização da amostra, uma maioria no sexo feminino (90%); a faixa etária que prevaleceu foi de 30 a 39 anos (50%). Em relação ao tipo mais comum de AT, o estudo identificou que os acidentes ocorreram geralmente durante o descarte do material perfuro-cortante (agulhas). Quanto às ações de orientação à prevenção de acidentes de trabalho desenvolvidas na instituição, dos 45% (9) profissionais que informaram receber algum tipo orientação de prevenção contra acidentes de trabalho, 56% (5) informaram que o meio mais utilizado para orientação foi através de palestras. É importante ressaltar que as ocorrências de ATs derivam de complexas inter-relações e não devem ser analisados de forma isolada, como evento particular, mas através do estudo do contexto dos processos de trabalho e produção, das formas como o trabalho é organizado e realizado, bem como das cargas de trabalho presentes no dia adia dos trabalhadores.
Palavras-chave: Acidentes de Trabalho. Recursos Humanos de Enfermagem no Hospital.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O trabalho é definido como todo aquele que, executando um esforço físico ou intelectual no desempenho de uma atividade ou de uma profissão, realiza um empreendimento, promove uma obra, ou obtém um resultado, tendo em mente satisfazer uma necessidade economicamente útil[1].

O trabalho em saúde produz um resultado: os atos de saúde. A expectativa é a satisfação de uma necessidade do usuário. Esse processo tem como objetivo a produção da saúde, o

[1] Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança-FACENE.
[2] Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Administração em Serviços de Saúde e de Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE e da Universidade Federal de Alagoas-UFAL Endereço: Rua Edgar Cavalcanti Pedroza, nº 100, Água Fria, CEP.: 58077-290 – João Pessoa-Paraíba. Tel (83) 8114.4259. E-mail: annejaque@gmail.com
[3] Enfermeiro, FSM / Cajazeiras - PB. Especialista em Saúde da Família, FSM / Cajazeiras - PB. Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde, UFPB / João Pessoa - PB. Professor da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE / João Pessoa - PB. E-mail: matheus_cajazeiras@hotmail.com

que não é, necessariamente, alcançável. Causar um impacto positivo sobre a saúde (individual e coletiva) pode muitas vezes representar um desafio. O trabalho em saúde é coletivo e a enfermagem representa uma parcela desse trabalho[1].

Para o trabalho de enfermagem, assim como o trabalho em saúde, integra a prestação de serviço à saúde como parte do setor terciário da economia brasileira. No momento, diferencia-se do mesmo setor terciário de prestação de serviço, na medida em que lidam com um objeto humano, como usuários, individualmente ou em grupo sociais e populações, que trazem aos serviços de saúde demandas relacionadas ao processo saúde-doença, expressas como necessidades ou problemas de saúde.[2]

Nesse sentido, entende-se que o processo de trabalho de enfermagem particulariza-se em uma rede ou subprocessos que são denominados cuidar, gerenciar, pesquisar e ensinar. Nesses diferentes processos, os trabalhadores de enfermagem inserem-se de forma heterogênea e hierarquizada, expressando a divisão técnica e social de trabalho[2].

O enfermeiro, assim como qualquer outro trabalhador da saúde, está exposto a diferentes e potenciais riscos em seu ambiente de trabalho, que podem ser de ordem biológica, infecciosa, parasitária e psicológica. Esses acidentes e contaminações podem ser evitados desde que sejam seguidas as devidas normas e precauções. Enfatiza-se ainda o cuidado especial que deve ser dado ao lixo destinado a materiais perfurocortantes e com o uso de coletores apropriados[3].

Tradicionalmente, no Brasil, as políticas de desenvolvimento têm se restringido aos aspectos econômicos, sendo traçados de maneira paralela ou pouco articulada com as políticas sociais, cabendo a esta última arcar com o ônus dos possíveis danos gerados sobre a saúde da população, dos trabalhadores e a degradação ambiental[4].

Cabe ao Estado garantir os direitos básicos de cidadania, necessários à formulação e à implementação das políticas e ações do governo e que devem ser norteadas por abordagens transversais e intersetoriais. Nessa perspectiva, as ações de segurança e saúde do trabalhador exigem uma atuação multiprofissional e interdisciplinar, capaz de contemplar a complexidade das relações de produção, consumo, ambiente e saúde[4].

Em 2005 o Ministério da Saúde aprovou a Portaria nº. 1.125/GM (06.06.2005) que instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS. A presente política tem por finalidade a promoção da melhoria da qualidade de vida e da saúde da população, mediante a articulação e integração das ações de governo no campo das relações de produção de consumo e saúde[5].

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) é composta por 150 Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador e por uma rede de 500 serviços médicos e ambulatoriais de média e alta complexidade. Uma das principais diretrizes desta política responde pela execução de ações curativas, preventivas, de promoção e de reabilitação à saúde do trabalhador brasileiro[6].

Assim, o interesse em desenvolver este estudo surgiu a partir dos estágios acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem, onde foi observada a ausência da utilização das medidas de prevenção pelos profissionais de enfermagem, estando expostos aos fatores de risco e susceptíveis à ocorrência de acidentes de trabalho. Portanto, diante desse fato, surgiram os seguintes questionamento: quais os acidentes de trabalho mais recorrentes a atingir os profissionais de enfermagem? Em que medida os profissionais de enfermagem utilizam os equipamentos de proteção individual (EPI's)?

Este trabalho é relevante tendo em vista o prejuízo social e econômico causado por um acidente de trabalho no campo individual e coletivo. É necessário conhecer os tipos de acidentes de trabalho que a enfermagem está exposta, da mesma forma que reconhecer os motivos que os levam a não fazer uso constante dos EPI's. Para responder aos questionamentos levantados foram traçados os seguintes objetivos: conhecer os tipos de acidentes do trabalho de enfermagem e investigar a adesão pelo profissional de enfermagem ao uso regular de EPI's.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem quantitativa. O

estudo foi realizado em um hospital público estadual situado no município de Cabedelo - PB.

A amostra foi constituída por 20 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que trabalham no referido hospital e que aceitaram participar da pesquisa.

A coleta de dados foi iniciada no mês de fevereiro de 2008, após a aprovação junto ao Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (Protocolo nº 02/2008) e autorização da Secretaria Municipal de Saúde. O instrumento utilizado foi um questionário contendo questões referentes à caracterização dos sujeitos participantes do estudo, bem como questões pertinentes aos objetivos norteadores da pesquisa. Todas as entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho dos profissionais de enfermagem.

Os dados foram tabulados, consolidados e analisados através de estatística simples, e expostos em tabelas para uma melhor compreensão dos resultados alcançados.

Todo o estudo foi norteado pelas Resoluções 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e 311/07 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem[7,8].

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Caracterização dos sujeitos do estudo

Para conhecer o perfil dos sujeitos que participaram voluntariamente da pesquisa, os dados obtidos foram analisados segundo as variáveis: sexo, faixa etária, categoria profissional, tempo de formação e tempo de atuação na instituição, conforme Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição percentual dos sujeitos da pesquisa segundo sexo, faixa etária, categoria profissional, tempo de formação e tempo de atuação na instituição.

Sexo	**Nº**	**%**
Masculino	02	10
Feminino	18	90
Faixa etária	**Nº (20)**	**%**
20 a 29 anos	06	30
30 a 39 anos	10	50
40 a 49 anos	03	15
50 a 59 anos	01	05
Categoria profissional	**Nº (20)**	**%**
Enfermeiro	04	20
Técnico de enfermagem	15	75
Auxiliar de enfermagem	01	05
Tempo de formação	**Nº (20)**	**%**
1 a 3 anos	02	10
4 a 5 anos	04	20
6 a 10 anos	09	45
11 a 20 anos	03	15
Acima de 20 anos	02	10
Tempo de atuação na instituição	**Nº (20)**	**%**
< 1 ano	06	30
1 a 3 anos	04	20
4 a 6 anos	05	25
7 a 10 anos	02	10
11 a 20 anos	03	15
Total	**20**	**100**

Fonte: Hospital Público Estadual. Cabedelo - PB. Fevereiro, 2008.

De acordo com o sexo, o grupo apresentou um número superior de mulheres, peculiar da profissão, sendo 90% (18) do sexo feminino e 10% (02) do sexo masculino. Nos últimos anos, houve um crescimento no número de profissionais do sexo masculino nos quadros de enfermagem; entretanto, talvez por tradição ou pelo estereótipo que se criou em torno da profissão, esta é, ainda, uma atividade profissional realizada predominantemente por mulheres[9].

Quanto à distribuição por faixa etária dos participantes da pesquisa, 50% (10) estão na faixa etária de 30 a 39 anos; seguidos por 30% (06) de 24 a 29 anos; 15% (03) dos 40 a 49 anos; e 5% (01) dos 50 a 59 anos. No que concerne à categoria profissional, ficou evidente que 20% (04) são enfermeiros; 75% (15) técnicos de enfermagem; e 05% (01) auxiliar de enfermagem.

Em relação ao tempo de formação, observa-se que 45% (09) encontra-se com 6 a 10 anos, 20% (04) de 4 a 5 anos, 15% (03) de 11 a 20 anos, 10% (02) de 1 a 3 anos e 10 % (02) acima de 20 anos de formação. A variação etária e as diferenças entre o tempo de experiência profissional, em muito colaboraram para a discussão do tema proposto, já que o impacto do desgaste da função, vivenciado pelos trabalhadores com maior tempo de profissão, era bem maior. Grande parte dos sujeitos possuía tempo entre 6 a 10 anos de trabalho, ou seja, 45% (9) dos entrevistados.

Identificou-se ainda que 30% (06) dos entrevistados trabalham menos de 01 ano nesta instituição; seguido de 25% (05), de 4 a 6 anos; 20% (04), de 1 a 3 anos; 15% (03), de 11 a 20 anos e 10% (02), de 7 a 10 anos. Contudo, esse tempo refere-se ao tempo de trabalho como profissional no hospital em estudo, e não necessariamente na unidade assistencial em que cada um representou no momento da coleta dos dados, visto que, segundo os próprios entrevistados, há uma rotatividade interna entre as unidades assistenciais.

Os participantes do estudo, segundo a categoria profissional, atuavam em diferentes setores do hospital, sendo 30% (06) na urgência; 25% (05) na clínica médica;

Tabela 2: Distribuição percentual dos sujeitos da pesquisa, segundo caracterização dos acidentes de trabalho.

Acidentes de trabalho	**Nº (20)**	**%**
Sim	09	45
Não	11	55
Últimos seis meses	**Nº (09)**	**%**
Sim	02	14
Não	07	86
Tipos de objeto	**Nº (09)**	**%**
Perfurante	08	89
Cortante	00	00
Contundente	01	11
Instrumento causador	**Nº (09)**	**%**
Agulha	08	89
Maca	01	11
Local do corpo	**Nº (09)**	**%**
Mãos / dedos	08	89
Braço	01	11
Frequência dos acidentes de trabalho	**Nº (09)**	**%**
1 vez	05	56
2 vezes	01	11
3 vezes	02	22
Mais de 3 vezes	01	11
Total	**09**	**100**

Fonte: Hospital Público Estadual. Cabedelo - PB. Fevereiro, 2008.

15% (03) na clínica cirúrgica; 10% (04) observação e maternidade; 5% (02) na pediatria e bloco cirúrgico. Apesar dos participantes não representarem todas as unidades existentes no hospital, a maioria deles já havia trabalhado em diversos setores, o que fez com que as vivências de outras realidades que não estavam ali representadas fossem trazidas à discussão.

Caracterização dos acidentes de trabalho em enfermagem

Os resultados alcançados a respeito dos acidentes de trabalho (AT) ocorridos entre os profissionais de enfermagem, no exercício da profissão, estão apresentados em quatro tabelas para melhor compreensão dos dados. A primeira refere-se às características dos acidentes de trabalho, a segunda sobre a causa do AT e das atitudes tomadas após o evento, a terceira aborda as medidas de prevenção utilizadas pelos profissionais de enfermagem para prevenção de AT, e a quarta refere-se ao conhecimento do trabalhador acerca de acidente de trabalho.

De acordo com a Tabela 2, 45% (09) dos profissionais de enfermagem distribuídos entre enfermeiros, técnicos e auxiliares já sofreram algum tipo de acidente de trabalho - AT, enquanto 55% (11) nunca sofreu nenhum tipo de acidente de trabalho. Uma das principais consequências dos acidentes de trabalho em instituições hospitalares, são as condições inseguras de trabalho[10]. Desses acidentes de trabalho 14% (02) ocorreram nos últimos seis meses e 86% (07) não.

Pode-se observar que o instrumento causador de acidentes mais comum é do tipo objeto perfurante. A principal causa de acidentes de trabalho em profissionais de saúde está relacionada ao uso de material perfurocortante. Nesta pesquisa, a maioria dos profissionais de saúde relatou ter sofrido acidente com esse tipo de material, ou seja, 89% (08) perfurante e 11% (01) contundente. As principais causas notificadas de acidente de trabalho ocorridos são com perfurocortantes e desses, a maioria com os profissionais de enfermagem[10,11].

Observa-se que a maioria dos incidentes foi causado por agulhas 89% (08), enquanto 11% (01) por macas. Tais acidentes representam, como causa principal, o manuseio de agulhas e cateteres[12]. Esse tipo de acidente representa uma carga mecânica, isso porque ocorre manipulação com materiais perfurantes, cortantes ou pontiagudos, quedas, trombadas e agressões[2]. As cargas mecânicas estão presentes nas atividades muitas vezes agressivas, no transporte de equipamentos e materiais, na utilização de macas, camas e cadeiras, pisos inadequados e nas más-condições de instalações. Trazem como consequência as contusões, preensão dos dedos das mãos, perfurações com agulhas, fraturas e cortes. No entanto, podemos afirmar que 100% dos acidentes ocorridos nesse estudo foi do tipo “causa mecânica”.

A localização do corpo mais afetado entre os que sofreram AT foram as mãos/dedos, com 89% (08). Isso se dá pelo fato da enfermagem, principalmente técnicos e auxiliares de enfermagem, assumir uma linha de frente junto aos pacientes, ou seja, são esses trabalhadores que mantêm um contato mais próximo e contínuo na assistência ao paciente, portanto, estão mais expostos a alguns tipos de cargas, especialmente aquelas relacionadas ao manuseio de material perfurocortante, ocasionando maior risco desse tipo de acidente nas mãos/dedos dos profissionais de enfermagem.

A Previdência Social registrou maior índice de acidentes típicos com os dedos e mãos[4]. Já um estudo realizado em 2002 com trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário constatou que as lesões por perfurações foram as que vitimaram com mais frequência, estando ligadas ao manuseio de agulhas tanto na assistência direta aos paciente quanto às tarefas de preparo de material e descarte. No determinado estudo, do total de 349 participantes, 48,4% (169) foram vitimados por agulhas[12]. Portanto, podemos observar que as perfurações expressam maior risco de acidentes de trabalho na enfermagem em relação a outros tipos de acidentes. Nesse sentido, cabe tanto à equipe de enfermagem quanto à gestão hospitalar disparar ações preventivas que possibilitem segurança no desenvolvimento do trabalho de enfermagem.

Dos entrevistados que já sofreram algum tipo de acidente de trabalho, 56% (05) sofreram uma única vez, 11% (01) até 02 vezes, 22% (02) 03 vezes enquanto 11% (01) acima de 03 vezes. Vale salientar que a existência de acidentes de trabalho pode contribuir para uma sobrecarga física, cognitiva e

psíquica do trabalhador com graves repercussões sobre a saúde. Esses incidentes podem ser considerados eventos de pequena proporção, mas que podem resultar em maiores danos ao profissional[13].

De acordo com os entrevistados, 45% (04) dos acidentes de trabalho ocorreram devido ao descarte do material perfurocortante; 22% (02) durante a administração de medicamento injetável; 11% (01) no momento da punção venosa periférica; 11% (01) pelo encapamento inadequado de agulhas; e 11% (01) outros, definido neste caso por uma contusão ocasionada por maca ocorrida no momento da condução do paciente para outro setor hospitalar.

Como estratégia, para evitar esse tipo de acidente com agulhas, os profissionais devem ter um cuidado especial, não reencapando as mesmas, como qualquer outro instrumento perfurocortante, devendo ser desprezadas em recipientes apropriados. Para estimular o descarte de agulhas imediatamente após o seu uso, existe a recomendação para colocar recipientes para descarte de materiais perfurocortantes próximos aos leitos dos pacientes.

Embora 45% (09) dos entrevistados tenham sido vítimas de AT, 100% alegaram não haver necessidade de sutura local. Isso se dá pelo fato da maioria dos casos apresentarem uma pequena perfuração local. No entanto, a gravidade do acidente não está relacionada ao tamanho da ferida, mas à possibilidade de adquirir infecções transmitidas pelo sangue, a exemplo do HIV e hepatites virais.

A importância desses acidentes extrapola a ocorrência da simples lesão, e adquire maior gravidade quando contaminados com sangue ou secreções. A Organização Mundial da Saúde afirma que anualmente os trabalhadores em saúde sofrem aproximadamente 16.000 infecções pelo vírus da hepatite C (HCV), 66.000 infecções ao vírus da hepatite B (HBV) e 1.000 infecções pelo HIV[14].

Apenas 11% (01) necessitou de afastamento das atividades pela gravidade da contusão sofrida. Os demais participantes do estudo, 89% (08), relataram que o incidente foi de pequena gravidade, sem necessidade de intervenção das atividades profissionais.

Na análise da Tabela 3, pode-se observar que os participantes da pesquisa atribuíram ao sono 33% (03), e à falta de atenção 67% (06), como as principais causas de aci-

Tabela 3: Distribuição percentual dos entrevistados segundo a causa do AT e das atitudes tomadas após o acidente.

Situação do Acidente	**Nº (09)**	**%**
Encapamento de agulha	01	11
Administração de injetável (durante)	02	22
Punção venosa periférica	01	11
Descarte do pérfuro-cortante (durante)	04	45
Outros (maca)	01	11
Necessidade de sutura	**Nº (09)**	**%**
Sim	00	00
Não	09	100
Necessidade de afastamento	**Nº (09)**	**%**
Sim	01	11
Não	08	89
Causas do Acidente de Trabalho	**Nº (09)**	**%**
Sono	03	33
Falta de atenção	06	67
Realização de notificação	**Nº (09)**	**%**
Sim	05	56
Não	04	44
Total	**09**	**100**

Fonte: Hospital Público Estadual. Cabedelo - PB. Fevereiro, 2008.

dentes de trabalho. Geralmente os acidentes de trabalho são atribuídos a várias causas, além das citadas pelos participantes da pesquisa, como a excessiva jornada de trabalho, a prática de hora extra e as precárias condições de segurança no trabalho.

Em relação à constatação desses acidentes, 56% (05) foram notificados, enquanto 44% (04) dos participantes da pesquisa alegaram a não realização da notificação do incidente de trabalho. Essa informação é importante, uma vez que todos os acidentes de trabalho deverão ser notificados, de acordo com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

A não notificação dos ATs é uma prática usual entre os trabalhadores brasileiros. Grande número de trabalhadores da saúde não notifica o acidente de trabalho, por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), tanto devido ao desconhecimento da necessidade desse tipo de registro, quanto ao excesso de procedimentos burocráticos, entre outros motivos.

O baixo índice de notificação dos acidentes causados por materiais perfurocortantes é bastante significativo, isso porque os profissionais da equipe de saúde dão pouca importância para esse tipo de acidente, apesar do constante risco. Dentre os motivos, destacam-se: a percepção de que a lesão é pequena e a crença de que não irá causar danos para a sua saúde[15].

Na Tabela 4 observa-se que por pouco não alcançamos os 100% (20) quanto a frequência do uso de EPIs. Os dados indicam que 95% (19) alegaram a adesão ao uso, enquanto 5% (01) não aderiu ao uso.

Ao serem questionados acerca do uso de medidas de segurança houve o predomínio, nas respostas, da utilização de luvas durante os procedimentos.

A adesão ao uso de EPIs está intimamente relacionada à percepção que os profissionais têm acerca dos riscos a que estão expostos e da susceptibilidade a esses riscos. No entanto, os profissionais banalizam os riscos, não sabendo, em sua maioria, identificar as consequências decorrentes da inobservância do uso de medidas de prevenção.

No que concerne ao conhecimento acerca da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), apenas 45% (09) dos profissionais conhecem ou sabem de sua existência na instituição, outros 30% (06) alegaram não ter CIPA na instituição, enquanto 25% (05) não sabem da existência da mesma. Com isso, pode-se perceber que o conhecimento dos profissionais relacionados à existência e importância da CIPA ainda passa despercebido.

A CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível, permanentemente, o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador. A CIPA reúne um grupo de empregados em evidência, que são mantidos por força de lei pela empresa, exercendo um papel fundamental na prevenção dos acidentes de trabalho[14].

A definição de acidente de trabalho dos profissionais participantes da pesquisa passa a ser quase incomparável com a definição da Organização Mundial da Saúde. Isso se dá pela falta de informação e conhecimento dos mesmos. Muitos dos profissionais têm em mente que acidente de trabalho é aquele que ocorre apenas no local de trabalho, ou seja, internamente. A falta de informação sobre uma simples definição pode deixar muitos profissionais fora do conhecimento de seus direitos.

Assim, acidente de trabalho é um termo que se refere a todos os acidentes que ocorrem no exercício da atividade do trabalhador, no percurso de casa para o trabalho ou na vinda do trabalho para casa[16]. Os eventos que contribuem diretamente para a ocorrência de um agravo também são considerados como acidentes de trabalho. Um acidente de trabalho pode causar morte ou lesão que provoque a redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.

Quanto às medidas que devem ser adotadas para a prevenção de ATs, 30% (06) mencionaram o uso de EPIs; 30% (06) maior atenção durante os procedimentos; 20% (04) realização de treinamentos frequentemente; e 20%(04) realização de palestras. No entanto, pelo simples fato dos profissionais terem em mente que o mais importante para sua segurança é o uso de EPIs e atenção durante os procedimentos, verificamos o interesse com a prevenção dos acidentes.

A prevenção dos ATs na equipe de enfermagem deve ser objetivo também da entidade da classe, dos sindicatos, dos

gestores dos serviços públicos, das escolas de enfermagem e, sobretudo, dos usuários dos serviços de saúde, para que assim os profissionais tenham capacidade de realizar um trabalho de qualidade, com responsabilidade e competência técnica. Portanto, a responsabilidade pela prevenção de ATs não deve ser atribuída única e exclusivamente ao trabalhador, pois se faz necessário observar o processo de trabalho em que ele está envolvido[9].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se por acidente de trabalho aquele que decorre do exercício profissional e que causa lesão corporal ou perturbação funcional, que provoca perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. Sabe-se que os trabalhadores da saúde que atuam na área hospitalar estão expostos a inúmeros acidentes de trabalho, principalmente aqueles causados por mate-

Tabela 4: Distribuição percentual dos sujeitos da pesquisa segundo as medidas de prevenção de acidentes de trabalho utilizados.

Uso regular das EPIs	**Nº (20)**	**%**
Sim	19	95
Não	01	05
Tipos de EPIs utilizados	**Nº (20)**	**%**
Luva	20	100
Gorro	00	00
Óculos	00	00
Máscara	00	00
Total	**09**	**100**

Fonte: Hospital Público Estadual. Cabedelo - PB. Fevereiro, 2008.

Tabela 5: Distribuição percentual dos sujeitos da pesquisa segundo conhecimento sobre acidente de trabalho.

Conhecimento da CIPA	**Nº (20)**	**%**
Sim	09	45
Não	05	25
Não ter na instituição	06	30
Orientações recebidas sobre AT	**Nº (20)**	**%**
Sim	09	45
Não	11	55
Tipos de informações	**Nº (09)**	**%**
Palestras	05	56
Cartazes	02	22
Ofícios em quadro de avisos	01	11
Reuniões	01	11
O que considera AT	**Nº (20)**	**%**
Não responderam	02	10
Erros durante o procedimento	03	15
Incidente dentro da instituição	04	20
Contusões, ferimentos ocorrido no horário de trabalho	04	20
Tudo que prejudica a saúde	07	35
Medidas de prevenção de AT	**Nº (20)**	**%**
Atenção durante os procedimentos	06	30
Palestras	04	20
Treinamentos	04	20
Uso de EPIs	06	30

Fonte: Hospital Público Estadual. Cabedelo - PB. Fevereiro, 2008.

riais perfurocortantes e fluidos biológicos. Nos últimos tempos tem aumentado a preocupação com acidentes causados por esse tipo de material, devido ao risco de o trabalhador contrair a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e o vírus da hepatite B e C.

A impressão inicial do acidente típico em hospital é de que se configuraria como aquele acidente que ocorre no manuseio de instrumentos perfurocortantes. Quanto às características dos acidentes com esse tipo de material se verificou que os que mais causaram acidentes foram as agulhas, e que a região do corpo mais atingida foi o dedo. Aliado a este resultado, identificou-se, no hospital estudado, que esses acidentes estavam associados ao manuseio inadequado do material perfurocortante, seja pelo descarte do material no preparo da medicação, ou ainda na administração do medicamento por via parenteral.

Os dados obtidos neste estudo revelaram aspectos importantes dos riscos a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem na manipulação de materiais perfurantes e cortantes, oferecendo subsídios para que sejam implementados programas de orientação e qualificação permanentes da equipe de enfermagem.

Diante desta problemática, há que se buscar todas as estratégias preventivas possíveis que possam contribuir para a prevenção de ATs e promoção à saúde do trabalhador de unidades hospitalares. Estratégias estas que devem ser institucionalizadas e trabalhadas com o fortalecimento das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA), assim como todas as demais estruturas organizacionais que se encarregam de educação e vigilância em saúde na instituição, como o Departamento de Educação Continuada, entre outros existentes na estrutura do hospital.

Com base nos resultados, faz-se necessária a realização de qualificação dos trabalhadores recém-admitidos e também dos mais antigos, especialmente durante o descarte do material utilizado e na atividade de administração de medicamentos; sugerir aos órgãos encarregados das ações de educação continuada, como a CIPA, CCIH e outros setores responsáveis pelas atividades de educação permanente, para melhor orientarem os interesses em relação tanto à prevenção quanto aos aspectos legais relacionados as ocorrências; criar um espaço de discussão dos trabalhadores a respeito dos ATs, como outros agravos à saúde, visto que a participação dos profissionais na análise dos processos de trabalho em que estão inseridos é fundamental para implementação de medidas preventivas; que sejam realizados cursos sobre as Normas Regulamentadoras de Acidentes de Trabalho, a fim de que os trabalhadores tenham conhecimento sobre os direitos e deveres no exercício da profissão.

É importante a elaboração e efetuação de programas de qualificação que abordem a questão dos acidentes e exposição a material biológico, esclarecendo os profissionais de enfermagem sobre a importância da notificação, a busca pelo atendimento médico, sensibilizá-los sobre a eficácia da vacina de prevenção contra hepatite B e C e esclarecer sobre a utilização de EPIs e precauções-padrão, utilizando a educação permanente em saúde como eixo norteador desse processo.

O sucesso de qualquer programa educativo está diretamente relacionado à participação do profissional.

Diante do exposto, faz-se necessário refletir sobre a saúde e as práticas dos profissionais de saúde, com o intuito de estabelecer um local de trabalho seguro, capaz de proteger esses trabalhadores dos potenciais riscos à sua saúde.

PROFILE OF WORK ACCIDENTS IN NURSING IN A PUBLIC HOSPITAL

ABSTRACT
The Worker's Health constitutes a field in the area of the Collective Health in the middle of the construction, whose object is centered in the workers' of the several population groups process health-disease in your relationship with the work. In what he / she concerns the work accidents (ATs) that reach the workers of the units hospitalares, it is worth to detach that these are ambient complex that present high numbers of risks for your professionals. This study aimed to know the types of occupational accidents and investigate nursing adherence by nursing staff to regular use of PPE's in a public hospital in the city of Cabedelo-PB. That research is treated of a field study with quantitative approach of data, collected through interview structured through a questionnaire. They were constituted subject of the study 20 sickbay workers, being 4 (20%) male nurses, 15 (75%), sickbay technician and 1 (5%) auxiliary of sickbay. Result was verified with relationship to the characterization of the sample, a majority in the feminine sex (90%); the age group that prevailed was from 30 to 39 years (50%). in relation to the type more common of AT, the study identified that the accidents usually happened during the discard of the perforation-sharp material (needles). with relationship to the orientation actions the prevention of work accidents developed in the institution, of the 45% (9) professionals that informed to receive some type prevention orientation against work accidents, 56% (5) it informed that the half more used for orientation it was through lectures. It is important to point out that the occurrences of ATs flow of complex interrelations and it should not be analyzed in an isolated way, as private event, but, through the study of the context of the work processes and production, in the ways as the work is organized and accomplished, of the loads of work presents in the workers' day by day.
Key-Words: Wok accidents. Hospital. Nursing.

REFERÊNCIAS

1. Figueiredo NMA. Ensino em Saúde Pública. São Caetano do Sul: Difusão; 2005.
2. Canini SRMS, Gir E, Hayashida M, Machado AA. Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2002; 10(2): 72-178.
3. Haag GS, Schuck JS, Lopes MJMA. Enfermagem e a Saúde dos Trabalhadores. 2ª ed. Goiânia: AB; 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. 2004. [acesso 2007 Set 02]. Disponível em: <http: / / portal.saude.gov.br / portal / arquivos / pdf / insumos_portaria_interministerial_800.pdf >.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.125 / GM de 06 de Julho de 2005. Diário Oficial da União nº 129 de 7 de Julho de 2005 – Seção 1. Política de Saúde do Trabalhador para o SUS. Brasília: 2005.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde do Trabalhador. [acesso 2007 Set 18] Disponível: <http: / / portal.saude.gov.br / portal / saude / cidadao / area.cfm?id_area=928>.(colocar data de acesso)
7. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
8. Conselho Federal de Enfermagem. Código de ética dos profissionais de enfermagem – Resolução COFEN 311 de 08 de fevereiro de 2007. Rio de Janeiro: Cofen; 2007.
9. Almeida MCP, Rocha SMM. O Trabalho de Enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.
10. Barbosa DB, Soler Z. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. Rev Latino-am Enfermagem. mar-abr 2003; 11(2):177-83.
11. Balsamo AC, Felli VEA. Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. Revista Latino-Am. de Enfermagem. Ribeirão Preto, jun 2006; 14(3):346-353.
12. Marziale MHP, Nishimura KYN, Ferreira MM. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material pérfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004;12(1):36-42.
13. Silva VEF, Massarollo MCKB. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. Mundo Saúde. set-out 1998; 22(5):283-6.
14. Marcelino IV. O sistema de informação sobre acidente de trabalho no município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, no ano de 1998: uma abordagem qualitativa. 1998. 97f. [acesso 2008 Mar 05]. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Unidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999. Disponível em: < http: / / www.teses.usp.br / >.
15. Muccilli. M. Organização do trabalho. Renovação urgente. Proteção. São Paulo. n. 126, 2004.
16. OMS - Notificação de Acidente do trabalho. 2006. Disponível em: <http: / / www.saude.ba.gov.br / cesat / Publicacoes / Protocolos_ST / Proto_AT.pdf> Acesso em: 08 Mar. 2008.

Artigo Original

A IMPORTÂNCIA DA HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS EM AMBIENTE HOSPITALAR

José Firmino Oliveira Júnior[1]
Khivia Kiss da Silva Barbosa[2]
Jogilmira Macêdo Silva[3]
Fabiana Ferraz Queiroga Freitas[4]
Daniela Karina Antão[5]

RESUMO
A higienização das mãos consiste em um procedimento necessário antes e após a realização de cuidados de saúde, com o intuito de prevenir qualquer tipo de contaminação ao paciente. Este trabalho teve como objetivo investigar a importância da higienização simples das mãos pela equipe de enfermagem. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva, com abordagem quantiqualitativa. A amostra foi composta por 12 profissionais de enfermagem que atuavam em um hospital filantrópico no município de João Pessoa. Utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo para a análise dos dados qualitativos. Como resultado identificamos que 41,7% são técnicos de enfermagem, os demais, enfermeiros; há predominância do sexo feminino; a maioria dos participantes tem de 36 a 40 anos; 33,3% trabalham na assistência há mais de 5 anos; 50% não têm atualização em biossegurança e os 50% têm. Diante do questionamento: Qual a importância da higienização simples das mãos pela equipe de enfermagem?, tivemos como ideia central: diminuir os microrganismos e ajudar na prevenção da infecção hospitalar. Percebemos que os profissionais de saúde pesquisados reconhecem a higienização simples das mãos como um ato realizado para prevenir ou reduzir as infecções hospitalares e relatam a técnica correta.
Palavras-chave: Lavagem das mãos. Infecção hospitalar. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Sendo um dos principais objetivos da saúde pública no Brasil, o controle de infecções é uma meta a ser cumprida por nós, profissionais da área de saúde, pois tão antiga quanto necessária, a história da profilaxia tem se mostrado atual no combate à infecção, tendo em vista que a história dos hospitais é a própria história da assistência; a infecção hospitalar é a própria história dos hospitais. Como toda história, tem seu início marcado por uma série de fatos que, de uma maneira ou de outra, mudaram as vidas das pessoas, da sociedade e do mundo[1].

Infecção é o processo pelo qual microrganismos patôgenos vivos entram no corpo do hospedeiro sob condições favoráveis ao seu crescimento e, pela produção de toxinas, podem agir agressoramente nos tecidos do hospedeiro[2].

Infecções nosocomiais ou infecções hospitalares são infecções adquiridas pelo paciente durante a hospitalização, com confirmação de diagnóstico pela evidência clínica ou

[1] Enfermeiro. Graduado pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (Facene).
[2] Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFPB. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande / UFCG.
[3] Enfermeira. Mestre em Terapia Intensiva. Docente da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (Facene / Famene).
[4] Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Professora das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança (Facene / Famene). Endereço: Av. Pombal, n. 630, aptº 203, Ed. Zênite – Manaíra. Cep: 58038241 – João Pessoa-PB. Tel.: (83) 96341221. E-mail: fabianafqf@hotmail.com
[5] Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFPB. Docente da Facene.

laboratorial. Os agentes infecciosos podem originar-se de fontes endógenas, de um tecido para outro no paciente (autoinfecção) ou de fontes exógenas, quando adquiridas de objetos ou outros pacientes dentro do hospital (infecção cruzada). Infecções nosocomiais, que são às vezes referidas como infecções adquiridas no hospital, podem não tornar-se aparentes até depois de o paciente sair do hospital[2].

Hoje sabemos que as principais infecções hospitalares são transmitidas através das mãos. Desde então, esse procedimento tem sido recomendado como medida primária no controle da disseminação de agentes infecciosos.

As mãos são hoje a principal via de transmissão de microrganismos. Num ambiente hospitalar, as roupas de cama, as grades da maca e até as maçanetas das portas dos banheiros podem estar contaminados. A higienização constante das mãos dos profissionais é, portanto, mais que uma necessidade.

A finalidade da higienização simples das mãos é remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microorganismos[2].

O combate à infecção começa com a higienização das mãos. Diferentes microrganismos como bactérias, fungos e vírus causam infecção. São combatidas cepas como a influenza causadora da pneumonia; *proteus,* causador da infecção urinária; *shigella,* que causa diarreia; *escherichia coli,* causadora da diarreia e infecção no trato urinário; *staphylococus,* causador de furúnculo; *streptococus,* que causa inflamação na garganta; *haemophilus,* causador da conjuntivite; *klebsiella,* causador de infecção em sítio cirúrgico; *clostridium difficile,* que causa colite; *pseudomonas aerogenosa,* causadora de infecções em feridas, entre outros microrganismos.

No entanto, o grupo patógeno que se destaca é o das bactérias que compõem a flora humana e que normalmente não trazem risco a indivíduos saudáveis, devido a sua baixa virulência, mas que podem causar infecção em indivíduos com estado clínico comprometido, sendo denominadas por isso como bactérias oportunistas.

Este estudo justifica-se pelo fato de chamar atenção para um ato simples que pode vir a diminuir o tempo de hospitalização dos pacientes, diminuir os custos para o hospital, evitando o sofrimento das pessoas. Observamos a necessidade de chamar a atenção de todas as pessoas que trafegam em ambiente hospitalar sobre a importância, a eficácia e o baixo custo da higienização simples das mãos, reduzindo o tempo de inter-namento e gastos, poupando os profissionais e a população de sofrimentos, buscando melhores condições de trabalho aos profissionais.

Este estudo teve por objetivo investigar a importância da higienização simples das mãos pela equipe de enfermagem segundo a fala dos mesmos.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, desenvolvido em um hospital filantrópico do município de João Pessoa, composto por 12 profissionais de enfermagem, que após aceitação assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados quantitativos foram analisados através de softwares estatísticos, para posterior apresentação em gráficos e tabelas. Para a análise dos dados qualitativos utilizamos a técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre; Lefèvre[3], servindo assim para discussão dos resultados, à luz da literatura pertinente.

As ideias centrais e ancoragens e as suas correspondentes expressões-chave semelhantes compõem-se em um ou vários discursos-síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC). Expressões-chave (ECH) são pedaços, trechos do discurso, que devem ser destacadas pelo pesquisador, e que revelam a essência do conteúdo do discurso ou teoria subjacente.

A pesquisa foi realizada levando em consideração os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, preconizado pela Resolução CNS/MS n. 196/96, no tocante aos aspectos éticos que tratam das pesquisas envolvimento seres humanos[4], assim como a Resolução Cofen n. 311/2007 que institui o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem[5].

A presente pesquisa foi desenvolvida após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Facene/Famene, e do local da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da caracterização sociodemográfica observada no presente estudo apresentou várias categorias profissionais, com predomínio de auxiliares e técnicos de enfermagem com 84,4%; e enfermeiros e participantes que não informaram sua categoria somaram 16,6%.

Conforme a Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem, a Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação[6].

Quanto ao gênero, houve predominância do sexo feminino com 91,7% e o masculino com 8,3%. Uma nota divulgada pelo presidente do Cofen conclui que o número de homens que cursam a graduação em enfermagem gira em torno de 20%[7].

Em relação à faixa etária houve variação do índice de 16,6% para idade entre 21 a 30 anos; 33,3% para 31 a 35 anos; 41,7% para 36 a 40 anos; e 8,4 % para 41 a 45 anos. A maioria dos participantes da pesquisa tem idade média de 36 a 40 anos. Santos[8] comenta que nesta faixa etária observam-se profissionais jovens em plena fase de produção, de construção familiar, com expectativas de progressão intelectual, social e ascensão funcional.

Quanto ao estado civil 75% eram solteiros e 25% casados. O estado civil é uma situação jurídica de uma pessoa em relação a outra, a construção da família na sociedade, consi-derando nascimento, filiação e sexo.

Já na religião observou-se que houve igualdade entre a religião católica e evangélica. Os dados questionam o que afirma o IBGE (2003) que a religião católica é a predomi-nante no Brasil [9].

Os valores obtidos para renda familiar variaram entre 16,7% até um salário mínimo; 41,7% até dois salários mínimos; 8,3% para até quatro salários mínimos; 8,3% para mais de quatros salário mínimos; e 25% não informaram. Identificamos que 41,7% (a maioria) dos participantes do estudo tem renda de até 2 salários mínimos (em torno de R$ 1.020,00).

Percebemos que o valor do salário mínimo atual (R$ 510,00) não é suficiente para atender às necessidades de uma família[10].

Para o tempo de trabalho na assistência, os dados apontam variação entre 25% dos participantes, que possuem menos de um ano na assistência; 25% mais de um ano a dois anos; 16,6% com mais de dois anos até quatro anos; 33,4% com mais de cinco anos.

Propõem a hipótese de que trabalhadores com mais tempo de serviço e experiência podem se sentir mais seguros e de certa forma negligenciar certas precauções no cuidado aos pacientes, por confiar demasiadamente em sua destreza, acidentando-se algumas vezes[11].

Foi observado o mesmo índice de 50% para profissionais que participaram ou não da capacitação em biossegurança; o código de ética dos profissionais de enfermagem orienta que estes devem aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação à sua prática[5].

Quadro 1 – Qual a importância da higienização simples das mãos pela equipe de enfermagem?

Dados relativos aos objetivos do estudo	
Ideia central	**Discurso do sujeito coletivo**
Diminuir os microrganismos e ajudar na prevenção da infecção hospitalar.	"É de grande importância, porque é através das mãos que o índice de infecção é grande. Já foi constatado isso, então, quanto mais você lavar as mãos, menos riscos você corre de pegar uma infecção e transmiti-la para outras pessoas [...]" (Profissional 4)". [...] "Tem o objetivo de evitar contaminação diretamente para com a equipe de enfermagem e principalmente para os pacientes". (Profissional 2).

Quadro 2 – Com que frequência deve ser realizada a higienização simples das mãos?

Antes e após qualquer procedimento.	"Ao chegar e ao sair, porque ao chegar você está trazendo alguma bactéria e ao sair também [...]". (Profissional 2). "[...] principalmente para poder manusear o outro paciente para evitar outras doenças". (Profissional 12). "[...] e todas as vezes que for fazer um procedimento". (Profissional 1). "[...] "tanto no hospital quanto fora". (Profissional 10). "[...] para evitar, como eu disse, que leve uma patologia a outra pessoa". (Profissional 8).

Quadro 3 – Descreva como deve ser realizada a técnica da higienização simples das mãos.

Utiliza água e sabão líquido, friccionando todas as partes das mãos, depois pega o papel toalha enxuga com a torneira aberta e fecha com o mesmo papel toalha. cotovelo".	"Abre a torneira, coloca sabão nas mãos[...]". (Profissional 7). "[...] faz a fricção de 40 a 60 segundos". (Profissional 10). "[...] utilizando sabão, de preferência líquido, com as mãos voltadas para cima e deixando a água rolar até o (Profissional 1). "[...] friccionando a mão por parte, friccionando os dedos, dorso da mão, palma da mão, os punhos, e interdigitais". (Profissional 3). "[...] depois pega o papel toalha enxuga, com a torneira aberta, e fecha com o mesmo papel toalha". (Profissional 8). "[...] a gente não usa toalha comum não, porque a toalha comum retém as bactérias. [...] é sempre usado papel toalha pois você usou, enxugou, descartou". (Profissional 10).

O discurso do sujeito coletivo apresentado no Quadro 1 nos remete à ideia central "Diminuir os microrganismos e ajudar na prevenção da infecção hospitalar".

Os discursos demonstraram que os participantes valorizaram a lavagem das mãos como um procedimento capaz de prevenir a infecção.

No Brasil, estima-se que três a 15% dos pacientes sob hospitalização adquirem infecção hospitalar e que, destes, cinco a 12% morrem em consequência disso. Estudos acerca dos processos de disseminação dos patógenos apontam as mãos dos profissionais da saúde como reservatório de microrganismos responsáveis pela infecção cruzada[12].

Desse modo, a pele das mãos abriga principalmente duas populações de microrganismos: os pertencentes à microbiota residente e à microbiota transitória. A microbiota residente é constituída por microrganismos de baixa virulência, como estafilococos, corinebactérias e micrococos, pouco associados às infecções veiculadas pelas mãos.

É mais difícil de ser removida pela higienização das mãos com água e sabão, uma vez que coloniza as camadas mais internas da pele. A microbiota transitória coloniza a camada mais superficial da pele, o que permite sua remoção mecânica pela higienização das mãos com água e sabão, sendo eliminada com mais facilidade quando se utiliza uma solução antisséptica.

O discurso do sujeito coletivo apresentado no Quadro 2 nos remete a ideia central "Antes e após qualquer procedimento". Tal ideia corrobora com o que orienta os estudiosos da área.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)[1] orienta que a higienização simples das mãos deve ser realizada quando: as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais, ao iniciar o turno de trabalho, após ir ao banheiro, antes e depois das

refeições; antes do preparo de alimentos; antes do preparo e manipulação de medicamentos, nas situações onde será necessário a preparação alcoólica, ou seja, antes e após qualquer procedimento.

O discurso do sujeito coletivo apresentado no Quadro 3 foi "descreva a técnica da higienização simples das mãos".

O procedimento da técnica da higienização simples das mãos é, na maioria das vezes, inadequado pelo esquecimento de algumas etapas desse procedimento, pela sobrecarga de serviço, havendo preocupação com a quantidade e não com a qualidade. Recomenda-se a fricção de cada região da mão por cinco vezes, por ser este o necessário para a remoção da microbiota transitória. Entretanto, quando se utiliza um tempo inferior a 10 segundos, não se garante minimamente a fricção de todas as regiões pelo número recomendado, ficando assim comprometida a higienização simples das mãos[1].

Vale ressaltar os dispositivos da Portaria n. 518/GM[13], de 25 de março de 2004, que estabelece os procedimentos relativos ao controle e à vigilância da qualidade da água em serviços de saúde. Percebemos que a água utilizada nestes serviços deve ser livre de contaminantes químicos e biológicos. Os reservatórios devem ser limpos e desinfetados, com realização de controle microbiológico semestral.

Nos serviços de saúde, recomenda-se o uso de sabão líquido, tipo refil, devido ao menor risco de contaminação do produto. Esse insumo está regulamentado pela resolução Anvisa n. 481, de 23 de setembro de 1999. Recomenda-se que o sabão seja agra-dável ao uso, possua fragrância leve e não resseque a pele[14].

A adição de emolientes à sua formulação pode evitar ressecamentos e dermatites. A compra do sabão padronizado pela instituição deve ser realizada segundo os parâmetros técnicos definidos para o produto e com a aprovação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)[1].

A Norma Regulamentadora 32 – NR 32- Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde orienta que todo local onde exista possibilidade de exposição ao agente biológico deve ter lavatório exclusivo para higiene das mãos, provido de água corrente, sabonete líquido, papel toalha descartável e lixeira provida de sistema de abertura sem contato manual[15].

Os quartos ou enfermarias destinados ao isolamento de pacientes portadores de doenças infectocontagiosas devem conter lavatório em seu interior e uso de luvas não substitui o processo de lavagem das mãos, o que deve ocorrer, no mínimo, antes e depois do uso das mesmas[11].

A Anvisa[14] orienta como deve ser realizada a técnica da higienização simples das mãos. O profissional deve abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se à pia. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante). Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa. Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa.

Em seguida friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa. Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa. Enxaguar as mãos retirando os resíduos de sabão. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira. Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A infecção hospitalar (IH) representa importante problema de saúde pública, tanto no Brasil quanto no mundo, e constitui risco à saúde dos usuários dos hospitais que se submetem a procedimentos terapêuticos ou de diagnóstico. Sua prevenção e controle dependem, em grande parte, da adesão dos profissionais da área da saúde às medidas preventivas[16].

A legislação brasileira, por meio da Portaria n. 2.616, de 12 de maio de 1998, e da RDC n. 50, de 21 de fevereiro 2002 estabelece as ações mínimas a serem desenvolvidas com vistas à redução da incidência das infecções relacionadas à assistência à saúde e às normas e projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

A higienização simples das mãos se consolida como o maior desafio com vistas à redução da incidência das infecções relacionadas à assistência à saúde.

As infecções hospitalares são associadas à baixa adesão dos profissionais da área da saúde à higienização das mãos[2].

Neste estudo percebemos que os profissionais de enfermagem reconhecem a higienização simples das mãos como um ato realizado no intuito de prevenir ou reduzir as infecções hospitalares, ou seja, eles reconhecem a importância do procedimento, sabem qual a frequência ideal e relataram também a técnica corretamente, entretanto, nos questionamos se realmente existe a adesão a esta recomendação na prática.

THE IMPORTANCE OF SIMPLE HAND HYGIENE IN HOSPITAL ENVIRONMENT

ABSTRACT

Hand hygiene is a necessary procedure before and after the performance of health care in order to prevent any contamination to the patient. This study aimed to describe the importance of simple hygiene of hands by the nursing staff. This is an exploratory research, descriptive, with quanti. The sample consisted of 12 nurses who worked in a charity hospital in the city of Joao Pessoa. We used the technique of collective subject discourse for the analysis of qualitative data. As a result, we identified that 41.7% are technicians, nurses, other nurses, there is predominance in females, with most participants from 36 to 40 years, 33.3% work in service for over 5 years, 50% did not has update on biosafety and 50% have. Faced with the question: What is the importance of Sanitation single hand by the nursing staff? We had as Central idea: Reduce the microorganisms and assist in the prevention of nosocomial infection. We realize that health professionals recognize the simple washing of hands as an act performed to prevent or reduce hospital-acquired infections and report the correct technique.

Keywords: Handwashing. Hospital infection. Nursing.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em Serviço de Saúde. Brasília, DF: Anvisa; 2007. [Acesso em: 2010 Ago. 05]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/manual_integra.pdf.
2. Richtmann R. Cadeia epidemiológica da infecção neonatal. Diagnóstico e prevenção de infecção hos-pitalar em neonatologia. São Paulo: APECIH; 2002.
3. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa (des-dobramento). 2ª ed. Caxias do Sul, RS: USS; 2005.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS/ME; 1996.
5. Conselho Federal de Enfermagem. COFEN. Resolução nº 311/2007. [acesso em: 2010 Ago. 05]. Disponível em: http://site.portalcofen.gov.br/
6. Brasil, Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Regulamenta o exercício profissional de enfermagem e outras providências. Publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 26.06.86.Seção I - fls. 9.273 a 9.275.
7. Conselho Federal de Enfermagem. COFEN. [acesso em: 2010 Ago. 05]. Disponível em: http://site.portalcofen.gov.br/
8. Santos AAM. Higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde. RAS. 2002;4(15).
9. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2003. www.ibge.gov.br

10. Brasil. Constituição Federal do Brasil. 9ª ed. São Paulo: Ícone; 1988. Artigo 7 de 05 de outubro de 1988. Capítulo dos direitos sociais.
11. Gir E. *et al.* Biossegurança em DST/AIDS: condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem às precauções. Rev. Esc. Enferm. USP. 2004 ;38(3):245-253.
12. Scheidt KLS, Carvalho M. Avaliação prática da lavagem das mãos pelos profissionais de saúde em atividades ludicoeducativas. Rev. enferm. UERJ.2006;14:221. [acesso em 2010 Ago. 02]. Disponível em: http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522006000200011&lng=pt&nrm=isso
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 518/GM em 25 de março de 2004. [acesso em: 22010 Ago. 05]. Disponível em: http://dtr2001.saude. gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-518.htm
14. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº. 481, de 23 de setembro de 1999. Estabelece os parâmetros de controle microbiológico para os produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes conforme o anexo desta resolução. Diário Oficial [da União da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 27 set.1999.
15. NR 32. Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. [acesso em: 2010 Ago. 15]. Disponível em http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_32.pdf
16. Lacerda RA. Infecção hospitalar e sua relação com a evolução das práticas de assistência em saúde. Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu; 2003.

Artigo Original

ATITUDES RELIGIOSAS DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE CRÍTICO

Glauciele Barbosa Pereira Medeiros[1]
Paulo Emanuel Silva[2]
Ednice Fidelis Anisio[3]

RESUMO
O ser humano é dotado de sentimentos e emoções, o que o torna sensível ao sofrimento alheio. E o "ser enfermeiro" sente-se ainda mais desafiado, pois ele estará no papel de cuidador da pessoa que sofre. Diante desse contexto, pretendeu-se com este estudo verificar as atitudes religiosas dos profissionais de enfermagem que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva frente ao paciente crítico. Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, e teve como objetivos caracterizar a amostra quanto ao sexo, faixa etária, categoria profissional, tempo de atuação e religião, e avaliar como os profissionais de enfermagem lidam com as questões religiosas ou espirituais frente ao paciente crítico. A amostra constituiu-se por 10 profissionais de enfermagem, sendo todas do sexo feminino, e a maioria de técnicas de enfermagem; estão em uma faixa etária de 24 a 44 anos de idade e a religião predominante é a evangélica. Através dos dados, foi possível identificar o perfil religioso dos participantes e as formas como enfrentam as situações consideradas difíceis frente ao paciente crítico. Ficou clara a correlação entre o grau de profundidade de atuação do profissional frente ao paciente que necessita de uma atenção maior e o envolvimento em práticas religiosas como forma de bem-estar para o profissional e o paciente.
Palavras-Chave: Religião. Religiosidade. Espiritualidade. Saúde. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O ser humano é dotado de sentimentos e emoções, o que o torna sensível ao sofrimento alheio. E o "ser enfermeiro" sente-se ainda mais desafiado, pois ele estará no papel de cuidador da pessoa que sofre. O ato de cuidar do outro envolve atenção, responsabilidade, respeito, limite e até mesmo o medo; é a compreensão do outro em sua totalidade.

Para Boff[1:33] "cuidar é mais que um ato; é uma atitude". No entanto, vale ressaltar que antes de cuidar dos pacientes, os enfermeiros necessitam compreender a si próprios e suas necessidades. Ou seja, "Conhece-te a ti mesmo", como diz a expressão gravada no portal de entrada do oráculo de Apolo, na cidade de Delfos, o mais famoso templo da Grécia, ressaltada por Sócrates (469-399 a.C.)[2]. Isto é, tenta conhecer o teu eu, para que assim possas entender um pouco da complexidade do outro.

De acordo com Menzies[3], o serviço de enfermagem sofre impacto total, imediato e concentrado do estresse que advém do cuidado dos doentes, sendo que o contato constante com pessoas fisicamente doentes ou lesados; a incerteza no restabelecimento do paciente; o cuidar e lidar constantemente com doenças incuráveis; o confronto com o sofrimento, a morte e a execução de tarefas repulsivas, acaba gerando conflito sentimental para a equipe.

Portanto, o conflito se estabelece não só pela dificuldade em assistir o homem como um todo dinâmico e integrado, mas também pela necessidade de se proteger da ansiedade

[1] Enfermeira Graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.
[2] Enfermeiro; Especialista em Administração em Serviços de Saúde e de Enfermagem; Especialista em Metodologia em Ensino Superior; Mestre em Ciências das Religiões; Docente Facene.
[3] Enfermeira. Psicopedagoga clínica e institucional. Mestre em Ciências das Religiões. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (Facene).

que todo contexto de trabalho traz junto ao ser enfermo, principalmente quando se estabelece uma relação afetiva com o mesmo.

O cuidar envolve desafios que abordam parâmetros pessoais, profissionais, institucionais, religiosos ou inerentes à espiritualidade humana. Neste sentido, Boff[1] afirma que tal ato significa derrubar a ditadura da racionalidade fria e abstrata para dar lugar ao cuidado. E enfrentá-lo significa envolver-se e importar-se com os resultados das ações realizadas, especificamente quando o cuidado tem por constante a possibilidade da morte próxima, fato que o profissional de enfermagem na maioria das vezes vivencia no seu dia a dia a depender da clientela assistida por ele, requer do profissional um suporte que necessita ser desenvolvido.

Nesse relacionamento, o enfermeiro busca um envolvimento emocional que vise as funções terapêuticas onde ele reconhece o fato de que é um elemento participante do relacionamento, mas ao mesmo tempo está consciente de seus sentimentos e de suas emoções que estão presentes naquela situação.

Ao avaliarmos o conceito que deve dirimir o atendimento do profissional para com o paciente, fica claro que o envolvimento deve ocorrer de forma madura, profissional, com limites a serem obedecidos como especifica Travelbee[4], pois vários são os fatores que podem afetar a capacidade do enfermeiro de se comprometer de forma madura e emocional, portanto, os requisitos prévios incluem o conhecimento e a aceitação de si mesmo como entidade distinta e a capacidade concomitante para perceber os outros como seres humanos únicos.

Nesse meio termo existe uma variável que está presente em situações que envolvem a morte ou doenças graves, variável configurada na questão da religiosidade ou da espiritualidade inerente ao ser humano. Atkinson e Murray[5] afirmam que as crenças religiosas de alguém fornecem força, tranquilidade interior e fé, com as quais se luta para contornar os problemas da vida. Assim o apoio espiritual pode fornecer uma base para que alguém viva a sua vida, o que inclui rituais, orações, exercícios espirituais, certos princípios, conduta diária, e assim por diante.

Lidar com questões espirituais representa um desafio para a enfermagem, porque o profissional acabará se envolvendo emocionalmente com o paciente. Um enfermeiro terá mais sucesso em ajudar seus pacientes a alcançar resultados desejáveis de saúde depois de aprender a apoiar a espiritualidade destes e de suas famílias, tanto fisicamente como mentalmente[6].

Na nossa contemporaneidade, a enfermagem passa por uma fase de transição marcada pelo conflito entre velhos preceitos e novos valores. Kurcgant[7], em comentário a respeito do modo de atuação da enfermagem aponta que os efeitos do taylorismo, na fase remota, conduziu a profissão à prática fragmentada e impessoal no atendimento. É importante salientar que o termo taylorimo se refere ao modo tarefeiro dos operários executarem sua mão de obra no processo de produção.

Já Trevizan[8] acrescenta que atuações desse tipo geraram a possibilidade de frustração do pessoal e a má qualidade da assistência. Pois os velhos preceitos representados principalmente pelos preconceitos em relação ao envolvimento emocional com o paciente constituem tanto pontos de referência quanto focos de oposição para uma geração nova que busca um equilíbrio entre a forma de ensinar e a forma de assistir o ser humano, que permita também não se anular como pessoa nesse processo. Por outro lado, é algo novo e angustiante, pois essa mudança implica na valorização e interpretação não só de órgãos e sistemas, mas também nas relações interpessoais. Isso implica em fugir um pouco da atuação instrumental e abrir caminho para a área da assistência, cujo terreno é novo e desconhecido – o terreno das emoções e da espiritualidade.

Por acreditar que na condição de enfermeiros podemos ser não apenas cuidadores do físico, mas também do espiritual, o interesse no presente estudo surgiu pela necessidade de saber como os profissionais exercem seu lado religioso mediante as dificuldades do cotidiano, ou melhor, no ambiente de trabalho.

Por acreditarmos que o profissional de enfermagem vivencia a problemática levantada neste estudo em um ambiente cujos pacientes por eles atendidos estejam em condições na qual se necessita de um apoio psicológico e/ou espiritual mais acentuado, optamos por realizar este estudo com profissionais de enfermagem que trabalham

em Centro de Terapia Intensiva, para através dos dados levantados buscar meios, para instituirmos mais o assunto abordado neste ambiente de trabalho.

OBJETIVOS

- Caracterizar a amostra do estudo quanto ao sexo, faixa etária, categoria profissional, tempo de atuação e religião.
- Avaliar como os profissionais de enfermagem lidam com as questões religiosas frente ao paciente crítico.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem quantitativa. Para Costa et al[9], a pesquisa exploratória tem como objetivo identificar e construir hipóteses que possam ser úteis a estudos futuros. Gil[10] afirma que esse tipo de pesquisa favorecerá a uma visão geral, do tipo aproximativo, acerca de um determinado problema.

No que se refere à abordagem quantitativa podemos destacar o que argumenta Richardson *apud* Costa et al[9], ao afirmar que essa abordagem se caracteriza pelo emprego da quantifi-cação tanto das modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples, como percentual, média, desvio padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, analise de regressão etc.

A pesquisa foi realizada em um Centro de Terapia Intensiva (CTI) do hospital privado Dom Rodrigo, situado no município de João Pessoa, Estado da Paraíba. A escolha desse local deveu-se pelo fato do hospital possuir pacientes que estão em um estado de saúde mais debilitado, requerendo do profissional uma assistência mais acentuada. E dessa forma, os entrevistados tiveram um respaldo maior para responder às questões inerentes aos objetivos deste estudo.

A população deste estudo foi constituída por todos os profissionais de enfermagem que trabalham no Centro de Terapia Intensiva (CTI) do hospital Dom Rodrigo. Para Marconi e Lakatos[11], população é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum.

A amostra foi constituída por dez profissionais de enfermagem que concordaram em participar do estudo, assim que tomaram conhecimento do mesmo e de seus objetivos. Para Gil[10], esse tipo de amostra não é composto de qualquer rigor estatístico, onde o pesquisador seleciona os elementos que terá acesso, admitindo que estes possam representar o universo.

Foram utilizados dois instrumentos: um roteiro de entrevista, que foi estruturado com questões referente às condições socioeconômicas dos profissionais que aceitaram participar do estudo, e um questionário adaptado da Escala de Atitude Religiosa proposto por Panzini[12]. Vale ressaltar que a coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa – (CEP), e foi encaminhado um ofício à direção do hospital em estudo, comunicando a pretensão da pesquisa.

Este trabalho foi realizado com base nos aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução CNS/MS n. 196/96 Art. II: Dos aspectos éticos que trata do envolvimento de seres humanos em pesquisa[13], como também o que rege a Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem[14], que trata do código de ética dos profissionais de enfermagem.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste tópico encontram-se apresentadas as características dos participantes do estudo, no que se refere aos dados socioeconômicos e às características religiosas.

De acordo com a Tabela 01, pode-se perceber que 100% da amostra são do sexo feminino. Quanto à faixa etária, observa-se que 10% da amostra correspondem aos participantes com idade < de 24 anos; 50% correspondem aos participantes com idade de 24 – 33 anos; 30% correspondem às idades entre 34 – 44 anos e 10% corresponde aos participantes com > 44 anos.

No que diz respeito à profissão, 30% da amostra correspondem à profissão de enfermeira, e 70% correspondem à profissão de técnica de enfermagem. De acordo com aprimoramento nos estudos, qualificado como pós-graduação, 30% apresentaram

Tabela 01 – Dados relacionados à caracterização da amostra.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	*Nº*	*%*
SEXO		
Masculino	00	0,0
Feminino	10	100,0
Total	**10**	**100,00**
FAIXA ETÁRIA		
< de 24 anos	01	10,0
24 – 33 anos	05	50,0
34 – 44 anos	03	30,0
> 44 anos	01	10,0
Total	**10**	**100,00**
PROFISSÃO		
Enfermeira	03	30,0
Técnica de Enfermagem	07	70,0
Total	**10**	**100,00**
PÓS-GRADUAÇÃO		
Sim	03	30,0
Não	07	70,0
Total	**10**	**100,00**
TEMPO DE ATIVIDADE		
< de 10 anos	07	70,0
> de 10 anos	02	20,0
Não lembra	01	10,0
Total	**09**	**100,00**

Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa, 2009.

esse tipo de estudo e 70% apresentaram não possuir, e quanto ao tempo de atividade profissional, 70% a amostra corresponde a um tempo de exercício < 10 anos; 20% correspondem a um tempo > de 10 anos de exercício enquanto que 10% referiram não se lembrar do tempo de ativi-dade em exercício profissional. É importante salientar que o percentual de entrevistadas que afirmou ter pós-graduação pertence ao universo das enfermeiras, já o maior percentual apresentado afirmando não ter pós-graduação corresponde ao universo das técnicas de enfermagem, que por não possuírem graduação, consequentemente não poderão fazer pós-graduação.

Quanto às características dos entrevistados no que concerne ao sexo, os dados revelam uma predominância no sexo feminino, o que indica de acordo com Campos e Oguisso[15], que ainda predomina na enfermagem a figura feminina como maioria entre a categoria. O autor enfatiza que isso vem enraizado na história da enfermagem brasileira, haja vista que uma das primeiras que se destacou foi Ana Nery, que construiu sua história em cima da enfermagem.

Entretanto, o autor em foco afirma que, na história da enfermagem há um retrocesso com a identificação da profissão como eminentemente feminina, não sendo incomum encontrar textos acadêmicos, publicitários, jornalísticos com imagem exclusivamente feminina ou que transmitam que a enfermagem como ação prática só é praticada por mulheres, relatando representações da enfermagem que definem a profissão como própria do universo feminino, isto interferiu valiosamente na formação da identidade profissional, pois

> as primeiras enfermeiras eram selecionadas pelo sexo (feminino), cor (branca), idade (jovem), culta e de aparência saudável, o que caracteriza uma determinação para exercício de forma discriminatória, pois não admitiam homens e nem tampouco mulheres negras[15:87].

O primeiro homem a cursar a enfermagem foi Benoni de Souza Lima, na Escola de Enfermagem da USP, em 1918; e a primeira mulher negra foi Josephina de Melo, também na Escola de Enfermagem da USP, em 1943. A enfermagem no Brasil veio pela implantação da Cruz Vermelha Brasileira e foi instalada em fins de 1908, tendo como Presidente Oswaldo Cruz, com isso teve dez anos de uma profissão unicamente feminina que coibia os valores machistas de ingressarem na profissão do cuidado assistencial[15].

No que se refere à faixa etária, pode-se perceber que trata-se de um grupo em plena fase de produção e reprodução. Tal situação é referida pelos indicadores demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE[16], quando destaca o segmento etário de 15 a 64 anos como potencialmente produtivo.

De acordo com a Tabela 02, pode-se evidenciar que 100% da amostra afirmam seguir um tipo de religião. Quanto à denominação praticada, 40% afirmam ser da religião católica e 60% refere acompanhar a religião evangélica.

Esses dados mostram que no Brasil imperam as religiões que tiveram como raiz o cristianismo, cujo termo pode ser entendido como "o conjunto de igrejas, comunidades, seitas e grupo, assim como de ideias e concepções, que se referem às palavras daquele que costuma ser reconhecido como o fundador dessa religião: Jesus de Nazaré"[17:60].

Silva[18] acrescenta que esse fato ficou enraizado no imaginário popular, repercutindo na concepção de que o cristianismo teve uma origem sólida, no sentido de se compreender que o mesmo não "nasceu do nada", devendo-se levar em consideração que, na autocompreensão cristã, Jesus também foi visto como fundador no sentido de pessoa sempre presente na comunidade, e dessa forma funda continuamente sua igreja.

Os gráficos a seguir estão relacionados às respostas dos participantes, quanto às atitudes religiosas dos profissionais, vale ressaltar que as perguntas foram extraídas de uma escala de atitude religiosa, que foi adaptado para a população que fez parte desse estudo.

4.2 Atitudes religiosas dos profissionais entrevistados

De acordo com o Gráfico 01, no que

Tabela 02 – Características religiosas.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	*Nº*	*%*
POSSUI RELIGIÃO		
SIM	10	100,0
NÃO	00	0,0
Total	**10**	**100,00**
RELIGIÃO		
Católica	04	40,0
Evangélica	06	60,0
Total	**10**	**100,00**

Fonte: pesquisa direta, João Pessoa, 2009.

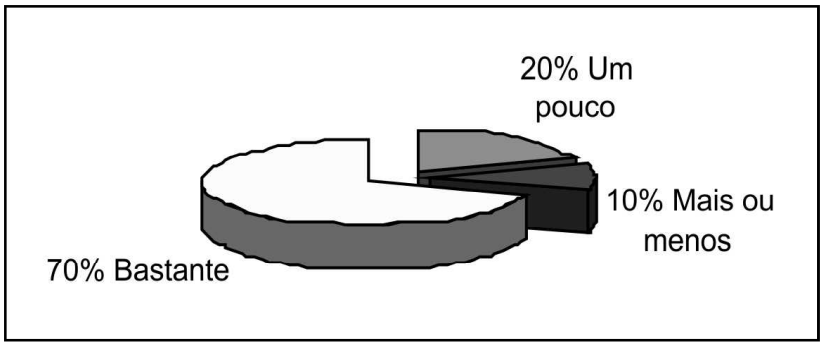


Gráfico 01: Distribuição da amostra (n 10), diante do questionamento: Ao sair para o trabalho você ora pedindo força para enfrentar o dia a dia?

diz respeito ao questionamento: "Ao sair para o trabalho você ora pedindo força para enfrentar o dia a dia?", pode-se evidenciar que 20% da amostra responderam "orar um pouco"; 10% responderam "orar mais ou menos"; enquanto 70% responderam "orar bastante".

No contexto das religiões, de acordo com Sanchez e Nappo[19], existe um consenso de que as orações frequentes proporcionam bem-estar, os autores acrescentam que as religiões incentivam essa prática como um dos artifícios no controle da depressão, sugerindo que seus adeptos orem no mínimo ao acordar, pedindo proteção para o dia e antes de se deitar, agradecendo a proteção recebida.

Nesse sentido, de acordo com os pressupostos dos autores citados, para todas as religiões, a prece, ou oração, seria a forma de contato direto com Deus, como um diálogo entre pai e filho. Assim, os autores em foco enfatizam que a oração também promove a fé; ameniza o peso de lutas solitárias e permite "sua" intervenção protetora frente aos "espíritos do mal" ou o "diabo".

Dessa forma, podermos inferir que o enfrentamento das dificuldades, a partir da perspectiva espiritual apoiado na fé, acaba proporcionando afastamento natural de atitudes contrárias à moral difundida pela religião, além disso, o fato de se contar com a ajuda irrestrita de Deus gera um amparo constante, conforto e bem-estar.

No Gráfico 02, apresentam-se os percentuais das respostas dos participantes quando questionadas sobre pedir proteção de Deus para lidar com os pacientes, nesse sentido, pode-se evidenciar que 10% da amostra responderam pedir "um pouco" de proteção para lidar com os pacientes; 10% revelaram pedir "mais ou menos" proteção de Deus para lidar com os pacientes; 50% descreveram pedir "bastante" proteção para Deus ao lidar com os pacientes, enquanto 30% responderam pedir "muitíssima" proteção.

Os dados apresentados revelam que as entrevistadas estão em busca da presença de Deus para ajudá-las no dia a dia, o que nos faz reportar para o campo das representações sociais, em que estudiosos como Moser; Mulder; Trout[20] afirmam que o significado da presença de Deus pode estar aliado ao fato de que a fé ou a crença em algo se torna verdadeiro, nesse sentido, pode-se inferir que as pessoas realmente acreditam que Deus está a seu lado como um ser quase visível. Acerca da concepção de crença, para os autores supracitados, pode-se ancorar na afirmativa de que uma crença é direcionada sempre a um determinado estado de coisas, dessa forma, a crença está imbuída de propriedades, e em virtude dessa propriedade, a crença é intencional e, de um modo mais abrangente, ela tem significado.

Portanto, a partir do enfoque de que a crença possui uma característica intencional, Silva[18] acrescenta que as crenças podem ser vistas como representativas, já que funcionam como uma estratégia pelas quais se retratam o mundo e a forma como ele é visto,

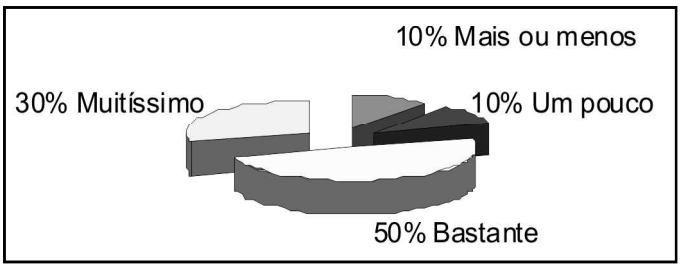


Gráfico 02: Distribuição da amostra (n. 10), diante do questionamento: você pede proteção de Deus para lidar com os pacientes?

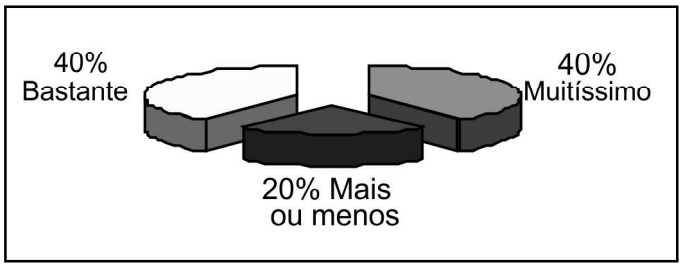


Gráfico 03: Distribuição da amostra (n. 10), diante do questionamento: pede ajuda de Deus para saber agir diante das pessoas?

representando a configuração do contexto que direciona ao transcendente.

De acordo com o Gráfico 03, no que diz respeito à ajuda que os participantes pedem a Deus para tomar suas atitudes, pode-se perceber que 20% responderam pedir "mais ou menos" ajuda para agir diante das pessoas; 40% da amostra responderam pedir "bastante" ajuda para saber agir diante das pessoas, e 40% responderam pedir "muitíssima" ajuda.

A ajuda que os participantes pedem a Deus, representada nos dados acima, revelam ser bastante expressiva, no sentido da configuração de uma autoafirmação ou de um autofortalecimento. Alguns autores comungam dessa afirmação, quando inferem que

> a compreensão e a observação da complexa relação entre mente, corpo, espírito e processo de cura poderão ajudar a enfermeira a proporcionar suporte emocional ao paciente[21:160].

Os profissionais de saúde e em especial os(as) enfermerios(as) devem lembrar que o seu suporte emocional será lembrado e valorizado pelo paciente e por qualquer pessoa que observa seu trabalho, independentemente do nível de experiência técnica que o(a) enfermeiro(a) possa demonstrar. Assim, o uso de estratégias espirituais de enfrentamento pode aumentar o autofortalecimento, isso implica dizer, de acordo com Teixeira e Lefévre[21], que o cuidado holístico incorpora a facilidade de várias estratégias espirituais de enfrentamento para a proteção e a total integridade dos pacientes, na percepção tanto de pacientes como de cuidadores, os cuidados espirituais são bem-vindos e as enfermeiras deveriam ser sensíveis no oferecimento dessa prática. Esses argumentos podem explicar a necessidade dos entrevistados em pedir a ajuda de Deus para saber agir diante das pessoas.

No Gráfico 04, pode-se evidenciar que 10% dos entrevistados apresentaram ter "um pouco" de ligação com Deus; 40% da amostra revelaram ter "bastante" ligação com Deus e 50% responderam ter "muitíssima" ligação com Deus.

Diante dos percentuais apresentados, pode-se perceber que os participantes do estudo procuram ter uma ligação com o transcendente no sentido de se acreditar em algo superior. Nesse contexto, Teixeira e Lefévre[21], enfatizam que "crer em alguma coisa", fortalece a necessidade de "acreditar em Deus", para o enfrentamento das adversidades, no entanto, torna-se necessário ter uma fé crescente e que esta fé esteja presente na vida diária e não apenas em situações de risco ou fraqueza.

Os autores, em uma investigação realizada sobre as perspectivas religiosas das enfermeiras, mostraram que 100% das entrevistadas afirmaram que a sua crença estava baseada num poder mais alto, e que o fortalecimento profissional por meio da religião se torna útil nas relações com o paciente.

Quando perguntados acerca da procura por casas religiosas para oração, o Grá-

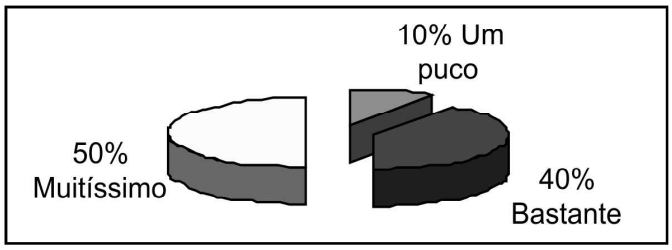


Gráfico 04: Distribuição da amostra (n 10), diante do questionamento: Procura ter uma ligação maior com Deus?

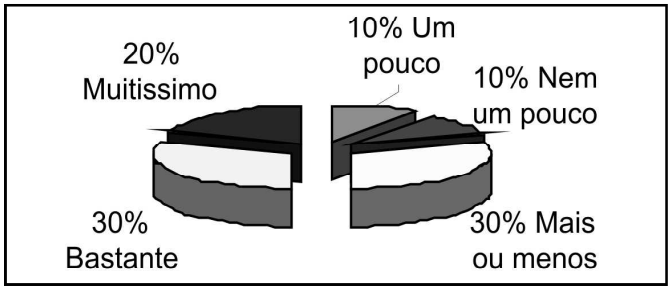


Gráfico 05: Distribuição da amostra (n 10), diante do questionamento: Procura ir a uma casa religiosa de oração?

fico 05 demonstra que, 10% não frequentam casas religiosas; 10% responderam que vão "um pouco" a um templo religioso; 30% responderam ir "mais ou menos"; 30% da amostra responderam ir "bastante" a um templo religioso, e 20% responderam ir "muitíssimo".

Esses dados apontam percentuais bastante significativos, pois aos somarmos os percentuais das respostas dos participantes que responderam "mais ou menos", "bastante" e "muitíssimo", teremos um total de 80% dos participantes que frequentam templos religiosos, valendo ressaltar que, nesse contexto, os mesmos podem ser representados por igrejas, sinagogas, casas de candomblé, entre outros.

Sanchez e Nappo[19] dizem que apesar de particular em conteúdo e intensidade, a fé é desenvolvida nos cultos religiosos, onde os líderes religiosos defendem argumentos sobre seu potencial de cura, de bem-estar e de salvação. Assim, a fé é moldada pelo conteúdo do culto, sendo assim, entre evangélicos, é comum os cultos terem um tempo dedicado ao testemunho de fé, quando alguém que recebeu uma dádiva de Deus, por ação de sua fé, relata sua história. Independentemente da religião, a fé é tratada como elemento-chave da vida espiritual ou religiosa, razão pela qual os encontros em locais específicos, que podem ser denominados de instituições, casas ou locais para encontro de orações, assumem fundamental importância.

A reunião religiosa que congrega seus seguidores na instituição chama-se culto no evangelismo, missa no catolicismo e evangelho no espiritismo; apesar de diferentes nomes e dinâmicas, têm o objetivo de divulgar o conhecimento da religião.

Os cultos evangélicos neopentecostais e as missas da Renovação Carismática Católica são semelhantes, cujos elementos-chave são o contato entre seus membros e os louvores. Os presentes são convidados a pronunciar frases de encorajamento ao seu "vizinho de poltrona" e a realizar preces de intervenção a outras pessoas.

No Espiritismo, as reuniões de evangelhos são dirigidas por um palestrante que expõe um tema, faz uma oração de agradecimento, pedido e/ou louvor e uma prece intercessória, chamada de "vibração", todo o processo é silencioso, sem cânticos, sacramentos ou liturgias[19].

De acordo com o Gráfico 06, pode-se evidenciar que 70% da amostra "não buscam" proteção de entidades espirituais; 10% revelaram procurar "mais ou menos" proteção de entidades espirituais; 10% da amostra responderam procurar "bastante" proteção de entidades espirituais e 10% revelaram procurar "muitíssima" proteção de entidades espirituais.

A busca de proteção através de entidades espirituais depende do contexto religioso em que cada indivíduo esteja inserido, por exemplo, na religião católica e na umbanda os seus adeptos costumam orar diante de imagens consideradas sagradas, já na tradição dos evangélicos não existe adoração a santos ou a imagens. Neste estudo ressalta-se que a maioria dos entrevistados é de evangélicos, nesse sentido, os dados apresentados no Gráfico 06 configuram os indivíduos que não veneram imagens, buscando sua proteção diretamente com Deus.

Quando questionado sobre seu pensamento diante de um paciente crítico, de acordo com o Gráfico 07, 50% dos participantes do estudo responderam que pensam "muitíssimo" diante de uma situação crítica, que fizeram o melhor que puderam e entregam a situação a Deus; já os outros 50% pensam "bastante" que fizeram o melhor que puderam e entregam a situação a Deus.

Esses dados podem se tornar bastante perigosos se levarmos em consideração o que diz Lara Junior[22], quando afirma que religião é sinônimo de alienação, pois as pessoas que agem no cotidiano, utilizam as representações sociais religiosas, representações estas que as impedem de serem livres e atuantes, porque dependem da divindade para saber o que deve ser feito. Outros autores também corroboram com essa afirmação ao dizerem que

> a Religião é um fenômeno de alienação, porém secundário: é uma consequência, uma projeção ideológica da alienação social, sendo que a forma mais corrente dessa alienação é a ideia de dependência do transcendente[23:162].

Portanto, nessa maneira de pensar, as ações das pessoas estão presas à vontade da divindade, e, portanto, elas não irão tentar mudar nenhum aspecto do cotidiano, pois acham que Deus "quis assim". Segundo Lara Junior[22], as pessoas que agem motivadas por uma representação religiosa estarão fadadas à alienação, pois não são livres o suficiente

para perceber a realidade como realmente se apresenta, assim sendo, as representações religiosas são como um falseamento da realidade para que a pessoa possa suportar as dificuldades da existência humana.

De acordo com o Gráfico 08, pode-se perceber que 30% dos participantes buscam "muitíssimo" ver como Deus poderia atuar diante das doenças e pede fortalecimento diante da situação; os outros 70% buscam "bastante" evidenciar como Deus poderia atuar diante das doenças.

Esses dados revelam a total confiança que a amostra do estudo deposita em Deus, como se houvesse uma ligação com ele. Martins[24] argumenta que a religião liga humanos e divindades porque organiza o espaço e o tempo. Portanto, os seres humanos precisam garantir que a ligação e a organização sejam de tal forma que possam vivenciar a experiência com o sagrado.

No entanto, Martins[24] acrescenta que, influenciados pela cultura, os indivíduos buscam a experiência e a manifestação do sagrado, que, por sua vez, demonstra seu poder sobrenatural e mágico, e a magia está repleta de religião e a religião de magia, e as duas manifestam-se de acordo com a cultura, pois a magia está na raiz da cultura, como estrutura básica do pensamento e do desenvolvimento humano.

No Gráfico 09, pode-se evidenciar que 40% dos participantes sentem "bastante" que Deus atua junto com eles e os outros 60% afirmam que sentem "muitíssimo" que Deus atua junto com eles.

Silva[18], em uma análise sobre Deus com portadores de HIV, destaca que os participantes do estudo percebem Deus como um amigo, com o qual se pode "contar a qualquer momento". Nesse sentido, pode-se inferir que os participantes da presente pesquisa revelam também que podem "contar" com Deus quando necessitarem.

É interessante ressaltar, de acordo com Dyer[25], que é apenas através da psique humana que podemos estabelecer que "Deus age sobre nós", o autor enfatiza que esse conceito diz respeito não apenas às experiências originadas na própria psique, mas às experiências externas que são processadas por ela.

Quando questionados sobre a crença em milagres, o Gráfico 10 revela que 10% dos participantes acreditam "mais ou menos" em milagres; 10% afirmam acreditar "bastante" em milagres, enquanto 80% acreditam "muitíssimo" em milagres.

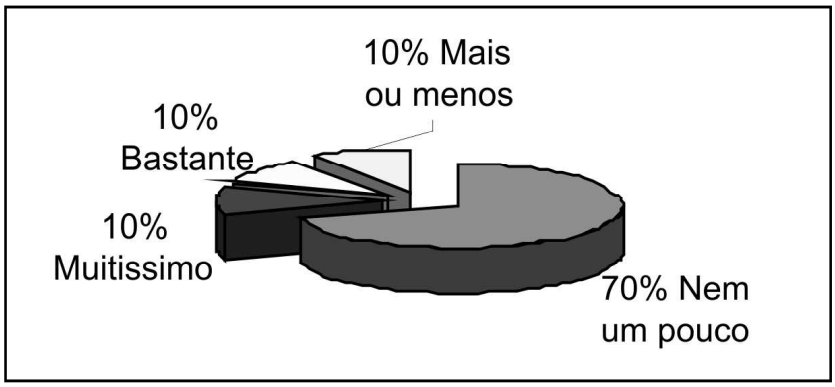


Gráfico 06: Distribuição da amostra (n 10), diante do questionamento: Busca proteção de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc.)?

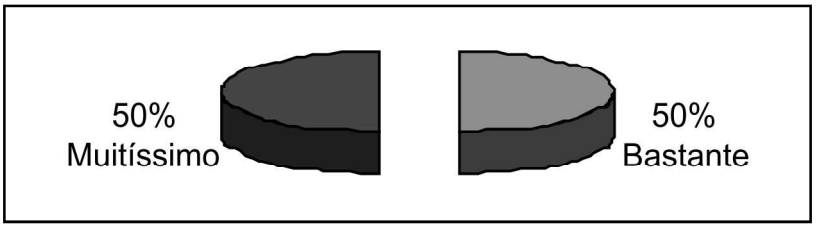


Gráfico 07: Distribuição da amostra (n 10), diante do questionamento: Diante de um paciente crítico você pensa: "Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus".

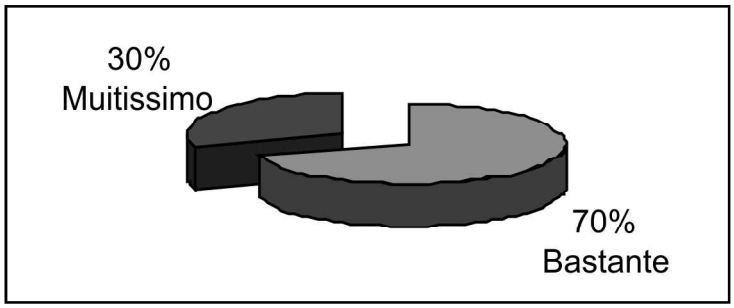


Gráfico 08: Distribuição da amostra (n. 10), diante do questionamento: Busca ver como Deus poderia estar atuando na situação de lidar com tantas doenças e pede para que ele o fortaleça nessa situação?

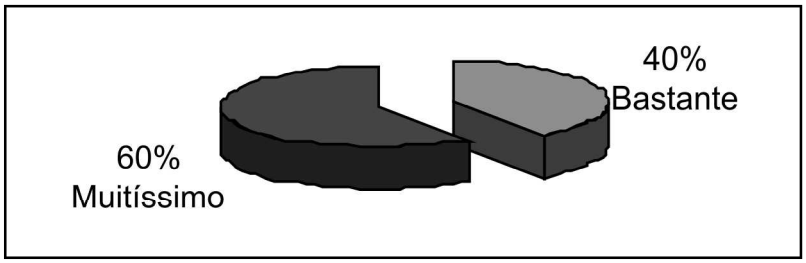


Gráfico 09: Distribuição da amostra (n. 10), diante do questionamento: Sente que Deus atua junto a você?

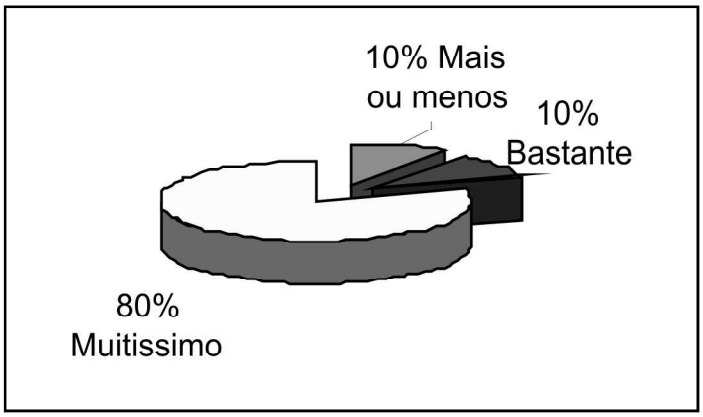


Gráfico 10: Distribuição da amostra (n. 10), diante do questionamento: Acredita em milagres?

Os milagres tornam-se um mistério que ninguém consegue explicar, nesse sentido,

> "este mistério de preparar-se e jamais se encontrar com a totalidade do projeto é que nos move e impulsiona para vivermos essa causa tão humana e tão repleta de realizações"[26:71].

Portanto, de acordo com o autor em foco, esse prazer de saber, sentir e fazer é que chama-se de mistério, e é esta força que nos move em busca da construção da interminável utopia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após as análises dos dados, como forma de resultado, foi expresso através de tabelas e gráficos que a totalidade do sexo dos entrevistados é da classe feminina, sua faixa etária na maioria está compreendida entre 24 e 44 anos de idade, como se trata de uma pesquisa envolvendo a equipe de enfermagem, como forma de representação, foi evidenciado que em sua maioria são técnicas de enfermagem, assim como não possuem titulação além da formação necessária para atuar no campo de trabalho e que de forma amiúde fica claro que o tempo de

serviço dessas profissionais está compreendido em sua maioria com um tempo inferior a 10 (dez) anos de atuação.

Outro aspecto a ser considerado, são as características religiosas dos profissionais envolvidos; fator essencial para avaliação da pesquisa, onde com um número bem elevado ficou demonstrado que os profissionais envolvidos eram evangélicos; significando dizer que nesse contexto apresentado, imperou a religião que teve como raiz o cristianismo.

Também em contraste com tais evidências, ficou clara a correlação entre o grau de profundidade de atuação do profissional frente ao paciente que necessita de uma atenção maior e o envolvimento em práticas religiosas como forma de bem-estar para o profissional e o paciente.

Dessa forma, no que concerne ao tocante desse assunto, tal nota mostra a correlação entre o profissional de enfermagem, religião, religiosidade e a espiritualidade dentro de sua atuação profissional, onde fica expresso que por ainda não ser adequadamente "robusto" em suas provas e relações, este constitui, sem dúvida, um amplo e promissor campo de investigação.

Portanto, expressamos de forma clara e concisa que existe a necessidade de maior investigação acerca do tema abordado, baseada principal-mente no impacto das intervenções de base religiosa do profissional de enfermagem junto ao paciente crítico, onde tal fator atuará para a satisfação e possível melhora do paciente.

Dessa forma, faz-se ainda relevante para a comprovação desse paradigma a utilização de um adequado método científico e o emprego dos princípios da medicina baseada em evidências para avaliação crítica da literatura e a condução de estudos, fator que poderá certamente prover o caminho que moverá as hipóteses do promissor trabalho ao comprovado e que consolidarão o paradigma necessário para a modificação da percepção e conduta dos profissionais atuais ante a correlação entre as atitudes religiosas dos profissionais de enfermagem frente ao paciente.

ATTITUDES OF RELIGIOUS FACE OF PROFESSIONAL NURSING PATIENT CRITICAL

ABSTRACT

The human being is endowed with feelings and emotions, which makes it sensitive to the suffering of others. And "being a nurse" feels even more challenging because it is the role of caregiver of the person who suffers. Given this context, it was intended with this study to verify the religious attitudes of nursing staff working in the Intensive Care Unit opposite the critically ill patient. This is an exploratory study with a quantitative approach, aimed to characterize the sample by gender, age, professional category, length of performance and assess how religion and nursing staff dealing with religious or spiritual issues facing the patient critical. The sample consisted of 10 nursing and most practical nurses and all females, are in an age group 24-44 years of age and is the predominant religion of the Gospel. Through the data, it was possible to identify the religious profile of the participants and the ways they face the difficult situations considered front of the critically ill patient. There is a clear correlation between the depth of professional performance in front of the patient that needs greater attention and involvement in religious practices as a form of welfare for both professionals and patients.

KEYWORDS: Religion. Religiosity. Spirituality. Health. Nursing.

REFERÊNCIAS

1. Boff L. Saber cuidar. Ética do humano: compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.
2. Vasconcelos EM. A educação pelo corpo na crise existencial trazida pela doença. Religare. Revista de Ciências das Religiões. 2007; 1(2).
3. Menzies IEP. O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade. São Paulo; 1970. [mimeografado].
4. Travelbee J. Intervención en enfermeria psiquiátrica. Washington: Organização Panamericana de la Salud; 1979.
5. Atkinson LD, Murray ME. Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enferma-gem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
6. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.

7. Kurcgant P, coordenador. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991.
8. Trevizan MA. A dimensão moral e a ação ética no trabalho gerencial da enfermeira. Esc Anna Nery Rev Enfermagem; 2000.
9. Costa et al. Metodologia da pesquisa: coletânea de termos. João Pessoa: Ideia; 2000.
10. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª Ed. São Paulo: Atlas; 2002.
11. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos da metodologia científica. 6ª Ed. São Paulo: Atlas; 2005.
12. Panzini. Escala de C*oping* religioso-espiritual (escala CRE). Tradução, adaptação e validação da Escala Rcope, abordando relações com saúde e qualidade de vida. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196, de outubro 1996 – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
14. Cofen. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.
15. Campos PFS, Oguisso T. A escola de enfermagem da Universidade de São Paulo e a reconfiguração da identidade profissional da enfermagem brasileira. Revista brasileira de enfermagem. 2008. [acesso em: 2009 Dez 06];61(6):892-898. Disponível em: http//www.scielo.com.br.
16. RAZÃO de dependência. Indicadores demográficos. 2003. [acesso em: 2006 Abr 08]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb 2003/a16.pdf.
17. Filoramo G. Monoteísmos e dualismos as religiões da salvação. São Paulo: Hedra; 2005.
18. Silva PE. Aids e religiosidade: influências intersubjetivas aos acometidos pela epidemia [dissertação]. João Pessoa: UFPB; 2009.
19. Sanchez ZVM, Nappo SA. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. Revista de Saúde Pública. 2008;42(2):265-272.
20. Moser PK, Mulder DH, Triut JD. A teoria do conhecimento: uma introdução temática. São Paulo: Martins Fontes; 2004.
21. Teixeira JJV, Lefévre F. Religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. Revista Brasileira de Cancerolgia. 2007. [acesso em 2009 Out 26]; 53(2). Disponível em: http//www.scielo.com.br.
22. Lara Junior N. Análise psicossocial da religião como um dos fundamentos políticos das ações coletivas no Brasil: a mística do MST. Último Andar. 2006. [acesso em 2009 Dez 07]. 15:49-74. Disponível em: http//www.pucsp.br/ultimoandar.
23. Berger PL, Luckman TA. A construção social da realidade. 18ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
24. Martins IR. A magia nas reduções jesuíticas no Brasil colonial. Último Andar. 2006 Jun. [acesso em 2009 Dez 07] 14:21-39. Disponível em: http//www.pucsp.br/ultimoandar.
25. Dyer DR. Pensamento de Jung sobre Deus. São Paulo: Madras; 2003.
26. Bogo A. Valores de uma prática militante. Consulta Popular, 2000; Cartilha n. 9, p. 49-78.

Artigo Original

RELAÇÃO TREINADOR-ATLETA: PERCEPÇÃO DOS COMPORTAMENTOS DE LIDERANÇA E COESÃO POR EQUIPES DE VOLEIBOL DE PRAIA

Felipe Brandão dos Santos Oliveira[1]
Maria do Socorro Cirilo de Sousa[2]
Gilmário Ricarte Batista[3]
Jefferson da Silva Novaes[4]

RESUMO
O objetivo desta pesquisa é analisar e comparar a percepção do atleta em relação ao comportamento de liderança e coesão do treinador, durante o período de competição do Circuito Banco do Brasil de Voleibol de Praia 2009. O estudo comparativo utilizou uma amostra a partir da colocação final das duplas, que totalizaram 10 (N=20), sendo 5 de alta e 5 de baixa qualificação esportiva, divididas em: G1 (n=10) média de idade 28±3 anos, primeiros colocados e G2 (n=10) 20±3 anos, últimos colocados. Aplicou-se a Escala de Comportamento do Treinador – Percepção Atleta sob 5 dimensões: treinamento físico, habilidades técnicas, incentivo psicológico, estabelecimento de metas e relacionamento com o treinador. Utilizou-se o *SPSS 14.0* para estatística inferencial (*Mann-Whitney U)* e nível de significância de 5%. ($p<0,05$). Encontrou-se diferenças significativas entre o G1 e G2 no treinamento e condicionamento físico ($p=0,000$), nas habilidades técnicas ($p=0,004$), na preparação mental ($p=0,033$), nas metas a serem alcançadas ($p=0,033$) e na percepção do atleta com relação ao treinador ($p=0,001$). A percepção do atleta em relação ao comportamento de liderança e coesão do treinador apresenta-se melhor na equipe de alta qualificação desportiva do Voleibol de Praia Brasileiro, classificadas até o quinto lugar.
Palavras-chave: Liderança. Motivação. Medicina do comportamento.

INTRODUÇÃO

No processo do treinamento desportivo, especificamente do voleibol de praia, percebe-se que a relação treinador-atleta é fator preponderante no desempenho profissional. Entende-se que a conduta social, profissional e o comportamento de ambos são determinantes da performance esportiva e profissional[1,2]. A ação pedagógica estabelecida deve abrir um espaço de reflexão para intervenção, de forma recíproca entre as partes envolvidas. Caracterizar melhor os ambientes afetivos que surgem nas situações de treino desportivo, no âmbito da psicologia desportiva, tem sido objeto de pesquisa, principalmente pelas lacunas apresentadas no conhecimento produzido nesta área[3].

No contexto de treinamento, as funções do treinador se convergem para formação técnica, pedagógica e psicológica dos praticantes. O comportamento adotado nesta convivência pode ser fator positivo ou negativo de impacto, tanto sobre o desempenho dos atletas, quanto do próprio treinador. Entretanto, o controle e o conhecimento dos aspectos que afetam a díade treinador-atleta deverão ser, prioritariamente, considerados pelo treinador[1].

[1] Mestre em Medicina do Esporte e Doutorando em Ciências do Desporto. Professor do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ / PB e da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. Endereço para correspondência: Rua Jacinto Dantas, 94, apt. 404 – Manaíra - João Pessoa – Paraíba – Brasil. Cep: 58038-270. Tel: (83) 9332-0344 / 8801-0008. E-mail: fe_brandaojp@hotmail.com
[2] Pós-Ddoutora em Ciências do Desporto (UTAD, Portugal). Docente da Universidade Federal da Paraíba – UFPB.
[3] Doutor em Ciências da Saúde (UFRN). Docente da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE / PE.
[4] Pós-Doutor em Educação Física (Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro – Portugal). Docente da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ / RJ.

Este deve conduzir os treinamentos na perspectiva de melhorar a relação com os atletas, tornando-a saudável e produtiva[4], pois tendem a permanecer entre 4,5 ou mais horas por dia, ao longo de meses e anos, em sua companhia[5].

Desse modo, o objetivo desta pesquisa é analisar e comparar a percepção do atleta em relação ao comportamento de liderança e coesão do treinador durante o período de competição do Circuito Banco do Brasil de Voleibol de Praia - 2009. Visto que a liderança "é um processo que inclui influenciar os objetivos da tarefa e as estratégias de grupo ou organização, influenciando as pessoas na organização a implementarem as estratégias e alcançar os objetivos, influenciar a manutenção e identificação do grupo, e influenciar a cultura das organizações". E liga-se diretamente com a coesão, pois esta reflete a força de união entre os membros do grupo. A origem deste termo, segundo Carron[3], vem da palavra do latim *cohaesus*, que significa manter-se fiel ou permanecer unido.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram utilizados como critérios de inclusão a inscrição dos atletas na Confederação Brasileira de Voleibol e a participação no Circuito Banco do Brasil de Vôlei de Praia – 2009. Neste estudo comparativo, o universo foi de atletas federados participantes do Circuito Banco do Brasil de Voleibol de Praia – 2009. A amostra foi selecionada a partir da colocação final das duplas que totalizaram 10 duplas (N=20) de voleibol de praia, sendo 5 de alta e 5 de baixa qualificação esportiva, divididos em 2 grupos: G1 (n=10) média de idade 28 ± 3 anos, primeiros colocados e G2 (n=10) média de idade de 20 ± 3 anos, últimos colocados.

A coleta realizou-se em conformidade com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sob aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), de parecer número 16/09, durante a permanência dos atletas na arena, antes dos jogos e na ausência do treinador, na última etapa do Circuito do Banco do Brasil de Voleibol de Praia - 2009.

Utilizou-se o questionário com a Escala de Comportamento do Treinador - Percepção Atleta (ECT-A), elaborado e validado por Moraes et al[6]. O ECT-A é constituído de 12 questões demográficas e 41 distribuídas em cinco dimensões: treinamento e condicionamento físico, habilidades técnicas, preparação mental, estabelecimento de objetivos e relação treinador-atleta (reforço pessoal positivo e reforço pessoal negativo).

A análise dos dados realizou-se em arquivo de programa *Statistical Package for Social Sciences – SPSS for Windows* (versão 16.0), para retirada de estatística descritiva de média, desvio-padrão, valor máximo e mínimo e inferencial com teste não paramétrico para amostras independentes de *Mann-Whitney U,* com nível de significância de 5% ($p<0,05$). Ainda na tentativa de melhor elucidar as relações existentes entre as variáveis, utilizou-se o método estatístico de estudo da proporcionalidade, e para transformar os valores em um único intervalo, utilizou-se a seguinte equação (valor observado – menor valor observado) / (maior valor observado – menor valor observado) citado em Moreira Dantas[7] e Diaz et al[8].

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pode-se observar a média de idade e o desvio padrão do grupo de alta qualificação (G1) e o de baixa qualificação (G2), ambos compostos por 5 duplas de vôlei de praia; observa-se também o tempo que estão treinando, juntamente com seu treinador; as horas de treinamento semanal; e os anos de prática que ambos os atletas possuem. Essas questões constam na primeira parte do questionário contido na Escala de Comportamento do Treinador – Visão Atleta (ECT-A), relacionado a Experiência no Esporte (Tabela 1).

O teste de *Mann-Whitney U* para amostras independentes foi aplicado para verificar significância entre os grupos estudados (G1 e G2) no que se refere às questões relacionadas com os 5 blocos do questionário (Figura 1). No conjunto de questões (Q1 a Q7) relacionadas com o programa de treinamento e condicionamento físico, pode-se observar diferenças significativas no comportamento dos sujeitos da "Relação Treinador-Atleta no Q1 ($p = ,001$), Q3 ($p = ,001$), Q4 ($p = ,005$), Q5 ($p = ,005$) e Q6 ($p =, 000$).

Tabela 1 – Idade dos atletas, tempo de treinamento com seus treinadores, horas de treino semanal e anos de práticas dos atletas.

Variáveis	G1 (n=10)		G2 (n=10)	
	ì ± s	Mín - Máx	ì ± s	Mín - Máx
Idade (anos)	28,20 ±3,76	23 - 34	20,90 ±3,51	16 - 26
Tempo de Treino com o Treinador	5,10 ±1,85	3 - 9	2,00 ±0,81	1 - 4
Horas de Treino Semanal	45,00 ±7,07	30 - 50	10,40 ±5,54	5 - 20
Anos de Prática	11,70 ±6,20	5 - 24	7,90 ±4,77	1 - 15

Legenda: µ - Média da Idade; s- Desvio Padrão; G1- Grupo de Alta Qualificação; G2- Grupo de Baixa Qualificação

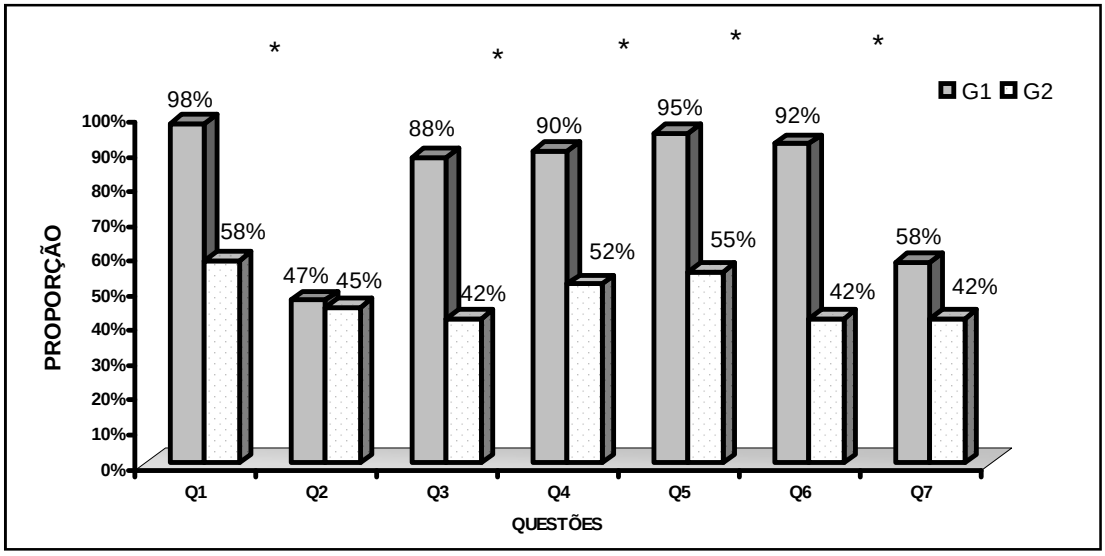


Figura 1: ECT-A das questões referentes do treinamento e condicionamento físico dos atletas.
* p<0,05
Legenda: G1 – Alta Qualificação; G2 – Baixa Qualificação.

Na segunda dimensão, relacionada às habilidades técnicas, nota-se em relação ao *feed-back* a mesma situação em ambos os grupos, ou seja, indícios que demonstram coesão entre o técnico e os atletas.

Entretanto, a Q8 apresenta diferenças significativas (p=0,004) com valores mais baixos para o G2, indicando que há insegurança e falta de compromisso com relação à orientação que seus respectivos treinadores lhes oferecem, fator primordial na aprendizagem e fixação dos exercícios (Figura 2), visto que o treinador tem um papel importante na condução dos treinamentos, devendo saber a melhor maneira de ter uma relação saudável e produtiva com os seus atletas.

No que diz respeito à preparação mental, componente da terceira dimensão, observa-se uma igualdade no comportamento dos sujeitos na "Relação Treinador-Atleta", exceto nas Q16 (p = ,033) e Q18 (p = ,044) que há uma preparação e um incentivo com relação ao apoio e a ajuda mental, ou seja, um trabalho de motivação que os treinadores realizam com seus atletas no G1. Na verificação das Q16 e Q18 do G2, pode-se perceber que o atleta indica despreparo, falta de motivação e de interesse por parte dos treinadores. Treinadores com essas características, inconscientemente, reforçam o despreparo mental dos atletas, o que poderá influenciar consideravelmente seus resultados finais em competições[9] (Figura 3).

No que se refere à quarta dimensão analisada, objetivos (metas) a serem alcançados, observa-se que existem diferenças significativas no comportamento dos sujeitos nos diferentes níveis de qualificação espor-

tiva, nos Q22 (p= ,001), Q24 (p= ,005), Q25 (p= ,005), Q26 (p= ,001) e no Q27 (p= ,001). No G2 o atleta demonstra um sentimento de descaso do treinador relacionado ao estabelecimento de objetivos (metas), não existindo, dessa forma, uma coesão suficiente para que ocorra uma melhoria na "Relação Treinador-Atleta" (Figura 4).

Segundo a literatura sobre o tema, Palma[16] afirma que as equipes coesas apresentam uma maior facilidade de comunicação eficaz, aceitam com maior facilidade as normas de funcionamento em grupo, têm maior confiança face às expectativas de êxito de grupo, e em situações esportivas de cooperação ativa relacionam-se com os bons resultados da equipe.

Analisando a quinta dimensão (Figura 5), que trata da percepção que o atleta tem com relação ao seu treinador, pode-se constatar que existem diferenças significativas no comportamento dos sujeitos na relação nos Q28 (p= ,015), Q30 (p= ,031), Q31 (p= ,003), Q33 (p= ,026), Q34 (p=,016), Q37 (p= ,001), Q38 (p= ,001), Q39 (p= ,013) e no Q41 (p= ,002).

DISCUSSÃO

De uma forma geral, no caso do G1, pode-se atentar para a confiança que este grupo demonstra e deposita em relação a seus treinadores, acatando suas decisões sem se preocupar com processo de treinamento e seu sucesso, apenas executando-o. Esses achados corroboram estudos realizados por Lopes[10], quando o mesmo afirma que a confiança no programa de treinamento e condicionamento físico são questões fundamentais para o sucesso do grupo.

No que se refere ao G2, observa-se que há insegurança em relação ao treinamento apresentado pelos seus treinadores. Pode-se citar como um dos fatores desencadeadores da insegurança, o pouco tempo de relação treinador-atleta. Segundo Carron[11], isso poderá ser um fator primordial para o insucesso de uma equipe.

De acordo com Cartwright[12], a fragilidade com relação à confiança, deve-se ao desconhecimento de diferentes aspectos da vida do grupo (idade do grupo, tempo de convivência com o treinador, coesão, entre ou-

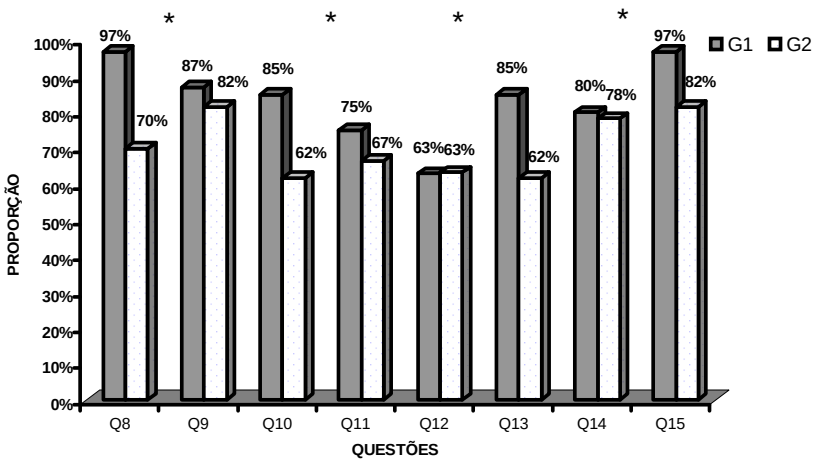


Figura 2: ECT-A das questões referentes às habilidades técnicas dos atletas.
* p<0,05
Legenda: G1 – Alta Qualificação; G2 – Baixa Qualificação.

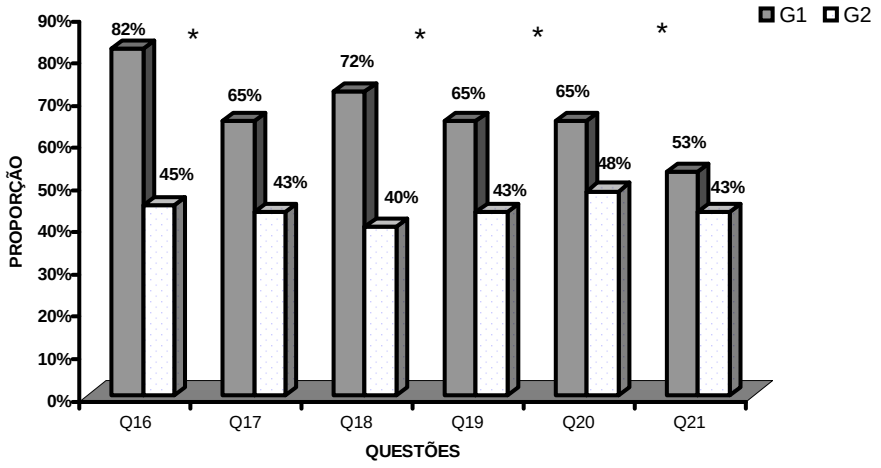


Figura 3: ECT-A das questões referentes ao treinamento mental dos atletas.
* p<0,05
Legenda: G1 – Alta Qualificação; G2 – Baixa Qualificação.

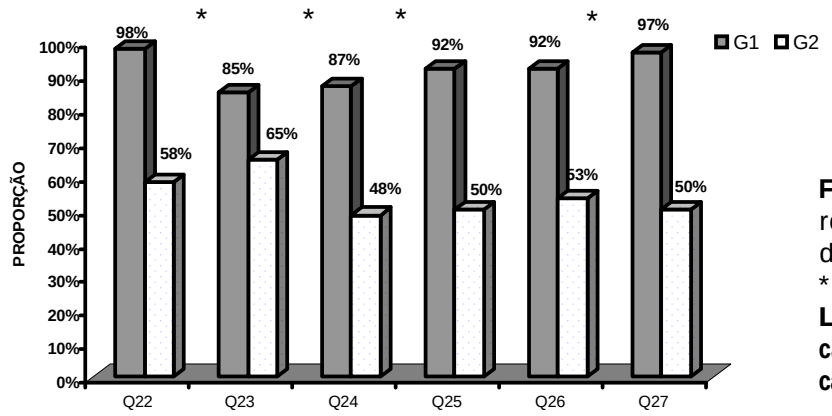


Figura 4: ECT-A das questões referentes ao estabelecimento das metas.
* p<0,05
Legenda: G1 – Alta Qualificação; G2 – Baixa Qualificação.

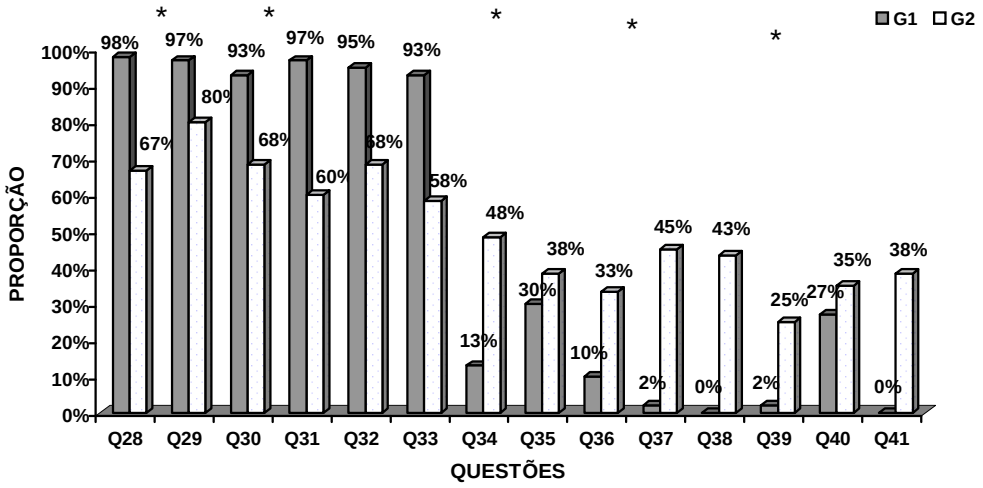


Figura 5: Treinador principal
* p<0,05
Legenda: G1 – Alta Qualificação; G2 – Baixa Qualificação.

tros) serem extraordinariamente complexos, mas embora a relação entre a liderança do treinador e a realização do grupo seja complexa, existem ainda boas razões para considerá-las em conjunto, pois a ausência desses fatores comprometerá o sucesso da equipe.

O atleta inseguro, segundo Deliberalli[9], não consegue conviver consigo mesmo. Está sempre num estado de angústia, por isso tende a ter dificuldade em absorver informações quando para ele passadas. É um estado de *pré-ocupação* permanente e aí não sobra tempo de viver em harmonia. A coesão é um aspecto essencial no estudo das habilidades técnicas e, talvez, o baixo desempenho do G2 nos resultados finais das competições esteja relacionado com essa deficiência.

Consequentemente, os resultados das competições ficam comprometidos, desestabilizando o desempenho maior a ser alcançado por qualquer equipe[17]. Conforme Turman[18], apesar da relação causal entre rendimento e coesão ser mais forte que a relação contrária, não está ainda claramente indicando o fluxo causal e que variáveis como o tipo de tarefa e a motivação dos membros podem alterar essa relação, não só quando a coesão influencia o resultado da performance, mas quando a segunda influencia a primeira.

Costa *et al*[13] afirmam a existência de elementos morais, regras ou "normas" de conduta, impondo obediência aos seus membros, ideia que evoluiu até se considerar que é a própria estrutura do grupo que vai organizar um conjunto de regras e papéis que criam as relações no grupo.

Segundo Costa[14], os membros do grupo dividem responsabilidades e estabelecem expectativas, atitudes e linhas de comunicação, para além de regras nele estabelecidas ou normas formais e informais. Estas últimas são tão poderosas como as outras, mas não são expressas, evoluindo do

processo de grupo. Os próprios papéis comportamentais e sociais são aprendidos em constante mudança, incluindo atitudes e valores, mas que devem partir de todos envolvidos, e não apenas dos atletas.

Na opinião de Miranda[15], um dos fatores responsáveis pela manutenção de um nível ótimo de motivação é a capacidade psíquica das pessoas para a realização da tarefa ou do treinamento proposto (atletas, no caso do esporte e demais pessoas no caso do exercício físico).

A capacidade para a execução de uma tarefa é verificada na medida em que a atividade a ser realizada é mantida por um determinado período de tempo. Nessa capacidade psíquica para a tarefa, há os fatores intervenientes externos (estrutura informativa das tarefas a serem realizadas e as características do meio de convivência) e internos (nível de desem-penho, estabilidade emocional e características individuais).

É notório que a existência de variáveis moderadoras como a satisfação, o tipo de tarefa, a motivação ou o nível competitivo assumem esse patamar de grande importância.

Lopes[10] afirma que o treinador deve aparecer como um bom motivador; ter um projeto ambicioso, ver com amplitude, em longo prazo, permanecendo lúcido; saber comunicar a sua confiança e o seu entusiasmo; valorizar a pessoa; insistir nos aspectos positivos, apoiar-se no prazer, onde se forja o sucesso futuro, pois não há sucesso sem paixão. Essas questões podem ser fatores primordiais no processo de fortalecimento da confiança entre treinador e atletas[19].

Atualmente, o desporto de alto nível está extremamente competitivo, os atletas e treinadores procuram constantemente estar familiarizados e abolir qualquer tipo de fator negativo da relação, para que o processo e a convivência em equipe possam fluir normalmente e com sucesso[14]. Já Starkes[20] concorda que os atletas atropelam, machucam, agridem, pressionam, prejudicam intencionalmente outros atletas com o objetivo de ganhar ou de ter sucesso. Essa característica de agressividade deve existir no atleta de alto rendimento, para que o mesmo possa obter a determinação para conquistar seus objetivos.

Estudo de Gomes[21] afirma que membros de uma equipe devem defender uns aos outros e partilhar objetivos comuns. Bem como desenvolver sentimentos de atração interpessoal, linhas de comunicação e sentimentos de identidade coletiva. Castro *et al*[22] consideram que num grupo existe uma troca recíproca de influências, o que leva a acreditar que, o que distingue um grupo de um conjunto de indivíduos é o fato de que num grupo existe uma identidade coletiva, um sentimento de partilha, formas estruturadas de interação e comunicação, interdependência pessoal e na tarefa, um sentimento de destino comum e a percepção de unidade do grupo.

CONCLUSÃO

O estudo com base na amostra permitiu concluir que a percepção do atleta em relação ao comportamento de liderança e coesão do treinador durante o período de competição do Circuito Banco do Brasil de Voleibol de Praia de 2009 apresenta-se melhor na equipe de alta qualificação desportiva do Voleibol de Praia Brasileiro, classificada até o quinto lugar.

Considerou-se que as dimensões liderança, treinamento e condicionamento físico, coesão, habilidades técnicas, incentivo psicológico e estabelecimento de metas e objetivos apresentaram maiores proporções neste grupo, do que no de baixa qualificação desportiva. Por último, essas dimensões de grupo refletem a vital interação dinâmica associada ao estado de membro em grupos maduros.

Os membros de uma equipe comunicam no que respeita a preocupações sociais e das tarefas, estabelecem objetivos pessoais e coletivos para além de relações causais quanto ao sucesso e fracasso da equipe. Recomenda-se que outros estudos sejam realizados, observando a relação entre atletas-atletas e atletas-líderes de equipes, relacionando-a aos seus respectivos treinadores, utilizando-se uma grande variedade de esportes.

Agradecimentos

Agradecemos ao professor Ms. Luciano Meireles de Pontes pelas sugestões textuais e de normalização realizadas no manuscrito.

RELATION BETWEEN COACH-ATHLETE: PERCEPTION OF BEHAVIOUR OF LEADERSHIP AND COHERENCE (CO- OPERATION) AT BEACH VOLLEYBALL TEAMS

ABSTRACT

The objective of this research is to analyze and to compare the perception of the athlete in relation with the leadership behavior and cohesion of the trainer during the period of competition of the Circuit Bank of Brazil de Volleyball Beach 2009. The comparative study, approved for the Committee of Ethics in Research of the University Center of João Person, it used a sample from the final rank of the pairs, that had totalized 10 (N=20), being 5 of high and 5 of low esportiva qualification, divided in: G1 (n=10) average of age 28±3 years, first placed and G2 (n=10) 20±3 years, last placed. It was applied Scale de Comportament of the Trainer - Perception Athlete under 5 dimensions: physical training, abilities techniques, psychological incentive, establishment of goals and relationship with the trainer. The SPSS 14.0 for inferencial statistics (*Mann-Whitney U)* and level of significance of 5% was used. One met significant differences between the G1 and G2 in the training and physical conditioning (p=0,000), in the abilities techniques (p=0,004), in the mental preparation (p=0,033), in the goals to be reached (p=0,033) and in the perception of the athlete with regard to the trainer (p=0,001). The perception of the athlete in relation to the leadership behavior and cohesion of the trainer, is presented better in the team of high porting qualification of the Brazilian Vollleyball Beach, classified until the fifth place.

Key - word: Leadership. Motivation. Behavioral Medicine.

REFERÊNCIAS

1. Chelladurai P. O treinador e a motivação dos seus atletas. Rev Treino Despor. 1991;(22):29-36.
2. Serpa SAD. Psicologia do Desporto e do Exercício-Compreensão e Aplicação. Faculdade de Motricidade Humana, 2002. Rev Motric Humana.
3. Carron AV, Windmeyer WN, Brawley LR. Group Cohesion and Individual Adherence to Physical Activity. . J Sport Exerc Psychol. 1998;10:127-38.
4. Deakin JM, CobleY S. A search for deliberate practice: an examination of the practice environments in figure skating and volleyball. In: Starkes, J. L.; Ericsson, A.K. (Eds.). Expert perform in Sports. Champaing: Human Kinectis, 2003.
5. Serpa SAD. A preparação psicológica no desporto. Rev Educ Fis Desp. 2008;8:41-8.
6. Moraes LC, Lôbo ILB. Processo de validação da escala de comportamento do treinador - versão atleta (ECT-A). Rev Bras Educ Fis Esp 2005;19(3):225-65.
7. Dantas SMP. Relação entre Estado e Predisposição Genética no Futsal Brasileiro [Doutorado]. Rio Grande do Norte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2004.
8. Díaz FR, López FGB. Bioestatística. São Paulo: Thomson; 2007.
9. Deliberalli I. Anciedade e insegurança. Disponível em: www.somostodosum.ig.com.br. Acesso em 26 out. 2009.
10. Lopes MC. Análise do perfil ideal do treinador de voleibol. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
11. Carron AV, Bray SR, Eys MA. Team cohesion and team success in sport. J Sport Scie. 2002; 20(2):119-26.
12. Cartwright D, Zander A. Liderança e realização do grupo: Dinâmica em Grupo, 2007.
13. Costa IT, Samulski DM, Marques, MP. Análise do perfil de liderança dos treinadores de futebol do Campeonato Mineiro de 2005. Rev Bras Cien Mov 2006; 14(3): 55-62.
14. Costa, MM. Esporte de alto rendimento: produção social da modernidade - o caso do vôlei de praia. *Soc. estado.* [online]. 2007;22(1): 35-69.
15. Miranda R. Psicologia do Esporte: Entenda a relação entre corpo, mente, saúde e bem-estar. www.1uol.com.br / vyaestelar / motivacaohtm; 2006.
16. Palma NMC. A Relação Treinador-Atleta; Caracterização da relação Treinador-Atleta em situação de Treino de Futebol [Mestrado]. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana; 2003.
17. Leitão JC. A relação treinador-atleta: Percepção dos comportamentos de liderança e de coesão em equipas de futebol. [Doutorado]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2006.
18. Turman PD. Coaches and cohesion: the impact of coaching techniques on team cohesion in the small group sport setting. J Sport Behav 2003;26:86-105.
19. Neto AC. Confiança: a base de um líder. Disponível em: http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_opiniao.php?codigo=AOP0041&area=d8. Acesso em 26 out. 2009.
20. Starkes JL, Ericsson AK. Expert perform in Sports. Champaign: Human Kinetics. 2003:275-93.
21. Gomes ARS. Liderança e Relação Treinador-Atleta em Contextos Desportivos [Doutorado]. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana; 2005.
22. Castro SM, Rinaldi CS, Selaive RR. Estudio de las competencias de liderazgo. Rev. Chil Radiol. 2008;14(2): 94-98.

Artigo Original

CONTROLE SOCIAL: CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Ariano Suassuna dos Santos[1]
Anne Jaquelyne Roque Barrêto[2]

RESUMO
A participação popular na organização do SUS é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral, ou seja, da participação popular no exercício do poder político. Este estudo tem como objetivo identificar o conhecimento da população a respeito dos direitos à participação e a assistência à saúde. O método adotado foi do tipo exploratório com abordagem quantitativa. Estudo realizado em uma Unidade de Saúde da Família, no município de João Pessoa / PB. A amostra foi composta por 30 usuários da referida USF, com faixa etária acima de 21 anos, sendo a coleta de dados realizada no período de março de 2007. Percebe-se que em relação ao conhecimento dos usuários a respeito da participação da sociedade nas decisões das políticas / programas do SUS apenas 27% disseram que sim, sendo realizados em reuniões no Conselho Municipal de Saúde, e na própria Unidade de Saúde da Família do bairro. Sobre a participação do usuário no planejamento / reunião da equipe de saúde 83,3% disseram que não, e dos que participaram, foi através de reuniões e palestras na USF. A respeito do conhecimento deles sobre o que é controle social no SUS, apenas 26,7% mencionaram que sim e 50% afirmaram saber o que é conselho de saúde. O que chama atenção é que 86,7% nunca participaram de nenhuma reunião realizada na USF e não têm conhecimento de como participar. No entanto, 80% afirmaram saber onde reivindicar melhorias de assistência à saúde e apenas um entrevistado mencionou o conselho de saúde. Assim, a equipe de saúde da família precisa desenvolver ações sistemáticas no tocante ao empoderamento sobre o significado de controle social e cidadania com a população local.
Palavras-chave: Participação comunitária. Serviços de Saúde.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A participação social foi institucionalizada no decorrer das modificações na relação entre Estado e sociedade na década de 80, período de democratização do Estado brasileiro. Na área da saúde, essa participação foi concebida como controle social, ou seja, como controle que a sociedade deve ter sobre as ações do Estado e, consequentemente, sobre os recursos públicos, colocando-os na direção dos interesses da coletividade.

A participação popular na organização do SUS é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral, ou seja, da participação popular no exercício do poder político. A participação da sociedade nos atos de gestão dos administradores públicos decorre do conceito do que seja Estado Democrático de Direito, no qual emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos pelo voto direto[1:244].

Nessa área, constituíram-se dois canais de participação – a conferência e o conselho – regulamentados na Lei 8.142 / 90, que estabelece como papel do conselho deliberar sobre a política de saúde, inclusive sobre os aspectos econômicos e financeiros. Essa atribuição legal integra as discussões apresentadas em um estudo do controle social sobre o fundo público da saúde, por meio dos conselhos, que são, atualmente, uma realidade no Brasil[2].

[1] Enfermeiro. Graduado em enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE.
[2] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE e da Universidade Federal de Alagoas-UFAL. Endereço: Rua Edgar Cavalcanti Pedroza, nº 100, Água Fria, CEP.: 58077-290 – João Pessoa-Paraíba. Tel (83) 8114.4259. E-mail: annejaque@gmail.com

Essa nova visão da participação, denominada de participação social, ao pretender dar conta das relações entre o conjunto dos segmentos sociais e o Estado, não se apresenta propriamente como proposta de um sujeito social específico, e sim transformando-se em um modelo ideal de relação Estado-sociedade. Vale salientar que a participação dos cidadãos é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local.

O interesse em desenvolver partiu da experiência vivenciada junto a uma Unidade de Saúde da Família, no município de João Pessoa, onde foi observada a fragilidade de conhecimento dos usuários em relação aos direitos à assistência de saúde garantida por Lei. Partindo dessa observação, foi levantado o seguinte questionamento: Qual o entendimento da população sobre os direitos à participação e à assistência à saúde garantida por Lei?

Essa pesquisa é relevante tendo em vista que para se constituir um Sistema Único de Saúde (SUS) que venha a ser resolutivo, de qualidade e gratuito existe a necessidade da população se empoderar deste conhecimento e participar de forma ativa dessa construção.

Assim, este estudo tem como objetivo identificar o conhecimento da população a respeito dos direitos à participação e a assistência à saúde.

PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo é do tipo exploratório com abordagem quantitativa, onde proporcionou condições de ter uma visão da realidade local e com isso fazer uma investigação mais detalhada para obtenção de dados confiáveis.

O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada em um bairro no município de João Pessoa/PB que dá cobertura a 1.409 famílias resi-dentes em sua área de abrangência. Essa unidade de saúde foi escolhida por ser uma das primeiras a serem implantadas no município de João Pessoa, bem como possuir uma população com um nível de escolari-dade acima da média municipal. Essa USF é uma das 57 equipes de saúde pertencentes ao Distrito Sanitário III. O referido Distrito dá cobertura a uma população em torno de 170 mil pessoas.

O universo deste estudo foi composto por todos os usuários que residem na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF), localizada em um bairro do município de João Pessoa-PB e que buscaram os serviços de saúde dessa unidade nos últimos 02 (dois) anos.

Para definição da amostra foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 21 anos; ser residente da área de abrangência da USF; estar presente na USF no momento da coleta de dados; aceitar participar da pesquisa após o esclarecimento da mesma e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A partir da utilização desses critérios, a amostra foi composta por 30 usuários da referida unidade de saúde.

Para o alcance dos objetivos propostos foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário, contendo perguntas abertas, dividido em duas partes: a primeira com questões para caracterização da amostra e a segunda com questões norteadoras sobre o tema, com o intuito de identificar o conhecimento da população acerca dos seus direitos à participação e assistência à saúde.

A coleta de dados ocorreu no período de março de 2007, em dias úteis, nos turnos manhã e tarde, na referida unidade de saúde, após aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança-FACENE (Protocolo nº 38/2007) e da autorização da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB.

Para análise dos dados foi utilizada a estatística simples (número absoluto e percentual). Os dados foram tabulados, apresentados em gráficos e analisados à luz da teoria pertinente sobre o tema, com o intuito de melhor responder ao objeto do estudo.

A pesquisa foi realizada em conformidade com a Resolução nº 196/196 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, bem como a Resolução 311/2007 sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Primeiramente foram apresentados os dados de caracterização dos participantes que fizeram parte da amostra. A seguir, apresentação e discussão das questões relacionadas ao conhecimento dos participantes sobre os direitos de assistência à saúde e à participação popular no SUS.

De acordo com o Quadro 1, a análise dos dados referentes à faixa etária, 33% dos entrevistados encontram-se entre 20 a 24 anos; 23% entre 40 a 49 anos; 20% entre 30 a 39 anos; 10% têm de 50 a 59 anos; 7% têm de 25 a 29 anos; e 7% têm acima de 60 anos.

Em relação ao grau de escolaridade, foi verificado que a maioria (43,3%) tem o ensino médio completo; 20% têm nível superior completo; 20% o superior incompleto; 13,3% o ensino fundamental completo; e 3,3% o ensino médio incompleto. Referente ao tipo de moradia, 63% residem em casa, e 37% residem em apartamento.

Um aspecto importante abordado foi com relação à renda familiar; 40% têm renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos; 23,3% entre 2 a 3 salários mínimos; 20% entre 3 a 5 salários mínimos; 16,7% de 5 a mais salários mínimos. Como observa-se no Quadro 1 a seguir.

O Gráfico 01 retrata o conhecimento dos usuários em relação aos direitos à assistência à saúde, 70% dos entrevistados disseram que sim, que têm conhecimento, e 30% responderam que não. Dos que responderam sim, 90% têm conhecimento em relação à assistência curativa, a exemplo de consultas, medicamentos e exames; e apenas 10% mencionaram ter conhecimento sobre assistência preventiva. Isso nos remete à realidade da população que ainda é desconhecedora dos princípios e das diretrizes que regem o SUS.

Em resumo, a maioria não tem conhecimento do direito de atenção universal, integral e não dá ênfase em ações de promoção e proteção da saúde, exatamente o que a Legislação Brasileira hoje em vigor propõe para o SUS.

O Artigo 43 da Constituição Federal estabelece a gratuidade das ações e dos

QUADRO 1: Distribuição percentual dos participantes da pesquisa segundo faixa etária, escolaridade, moradia e renda familiar. João Pessoa-PB, 2007.

FAIXA ETÁRIA	**Nº**	**%**
20 – 24	10	33,3
25 – 29	02	6,70
30 – 39	06	20,0
40 – 49	07	23,3
50 - 59	03	10,0
60 +	02	6,70
ESCOLARIDADE	**Nº**	**%**
Analfabeto	00	00
Ens. Fundam. Incompleto	00	00
Ens. Fundam. Completo	04	13,3
Ens. Médio Incompleto	01	3,4
Ens. Médio Completo	13	43,3
Superior Incompleto	06	20,0
Superior Completo	06	20,0
MORADIA	**Nº**	**%**
Casa	19	63,3
Apartamento	11	36,6
RENDA FAMILIAR	**Nº**	**%**
< 1 salário mínimo	00	00
1 a 2 salário mínimo	12	40
2 a 3 salário mínimo	07	23,3
3 a 5 salário mínimo	06	20
5 e mais salário mínimos	05	16,7
TOTAL	**30**	**100,0**

serviços de saúde no âmbito do SUS. Esse dispositivo explicitou uma garantia constitucional, decorrente do acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde. O Artigo 196 da Carta de 1988 estabelece como dever do Estado a prestação de assistência à saúde. Qualquer contraprestação exigida do cidadão será indevida, por ferir o mandamento constitucional.

Sendo a saúde um direito do cidadão e dever do Estado, esse direito há de ser satisfeito sem nenhum entrave, empecilho ou exigência, nem depende da ocorrência de condicionantes para o seu exercício[1:236].

Os princípios do SUS, aqui entendidos enquanto direitos de todos, constitucionalmente garantidos, para que sejam implementados, necessitam ser divulgados de modo a torná-los conhecidos da população e dos profissionais de saúde. As dificuldades encontradas pelos usuários no acesso ao atendimento que busca para tratar seus problemas de saúde, além de retardarem o seu processo de recuperação de saúde, contribuem também, por vezes, para impossibilitar a obtenção da recuperação prevista.

O conhecimento dos direitos dos usuários é essencial para o desenvolvimento de uma consciência democrática, responsável, reflexiva do cidadão, tanto no papel de cliente quanto no de profissional de saúde[3].

Observa-se no Gráfico 02 o conhecimento dos usuários a respeito da participação da sociedade nas decisões das políticas/programas do SUS: 73% responderam desconhecer a forma de participação, e 27% disseram que têm conhecimento a respeito. Dos que responderam ter conhecimento, mencionaram que essa participação se dá através de reunião no Conselho Municipal de Saúde, e em reuniões na própria Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro.

A participação da população por princípios de solidariedade social tem sido tratada na literatura como participação cidadã. Esse tipo de participação não se define como simplesmente apoiando ou lutando contra o Estado, mas incorporando uma concepção de Estado que contém interesses contraditórios, constituindo direito de todos os cidadãos e segmentos sociais buscarem formas de fazer representar no interior do aparelho estatal, procurando legitimar seus interesses[4].

O tema da participação é uma lente que possibilita um olhar ampliado para a história. O resgate dos processos de participação leva às lutas da sociedade para acesso aos direitos sociais e à cidadania. A participação é, também, a luta por melhores condições de vida e por benefícios à população. Vai além do aceso coletivo à tomada de decisões como tradicionalmente se tem entendido, como o controle sobre a própria e o próprio projeto de vida, mediante a intervenção em decisões, iniciativas e gestões, que afetam o entorno vital onde tal situação e projetos se desenvolvem[5].

Nesse sentido, a participação cidadã caracteriza-se pela substituição da categoria comunidade ou povo, pela sociedade como categoria central. Este conceito está fundamentado na universalização dos direitos sociais, na ampliação do conceito de cidadania e em uma nova compreensão do caráter do Estado, remetendo à definição das prioridades nas políticas públicas com base em um debate público[6].

Essa participação foi instituída na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde 8.142/90 onde a "participação da comunidade" se efetiva mediante a sua integração em órgãos colegiados decisórios, como são os conselhos de saúde, quando o povo, com assento nesses colegiados, participa da formação dos comandos legais imperativos, da construção de realidades exigidas pelo bem comum, enfim, desempenhando com o Estado, o papel que a este cabe constitucionalmente no regime democrático[3].

O Gráfico 03 refere-se ao questionamento sobre a participação do usuário no planejamento/reunião da equipe de saúde sobre o atendimento no SUS. Dos entrevistados, 83,3% afirmaram nunca ter participado de uma reunião, entretanto, 16,7% verbalizaram que já participaram dessas reuniões na Unidade Saúde da Família (USF). Dos que afirmaram ter participado, informaram que foi através de reuniões e palestras na USF. Dos que afirmaram a não participação nas reuniões realizadas pela equipe de Saúde da Família (SF), mencionaram como causa a falta de convite, e outros por não terem interesse de participar das decisões de saúde na unidade.

Percebe-se que os usuários não são conhecedores da importância do poder de ação, e a influência que a participação lhes

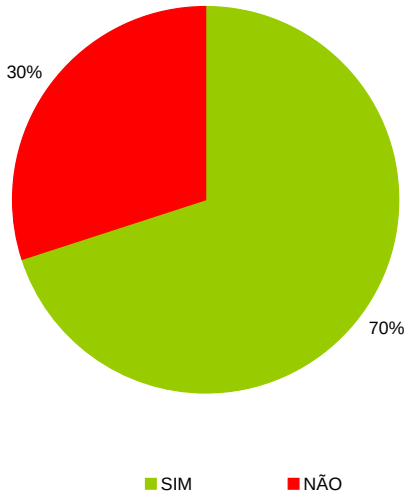


Gráfico 01: Distribuição percentual do conhecimento dos usuários entrevistados a respeito dos seus direitos a saúde. Residentes na área de abrangência de uma USF no município de João Pessoa / PB, mar. 2007.

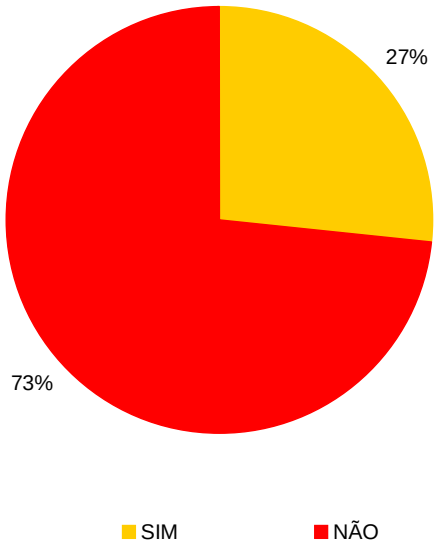


Gráfico 02: Distribuição percentual do conhecimento dos usuários entrevistados a respeito da participação nas decisões das políticas / programas de saúde (nível local). Residentes na área de abrangência de uma USF no município de João Pessoa / PB, mar. 2007.

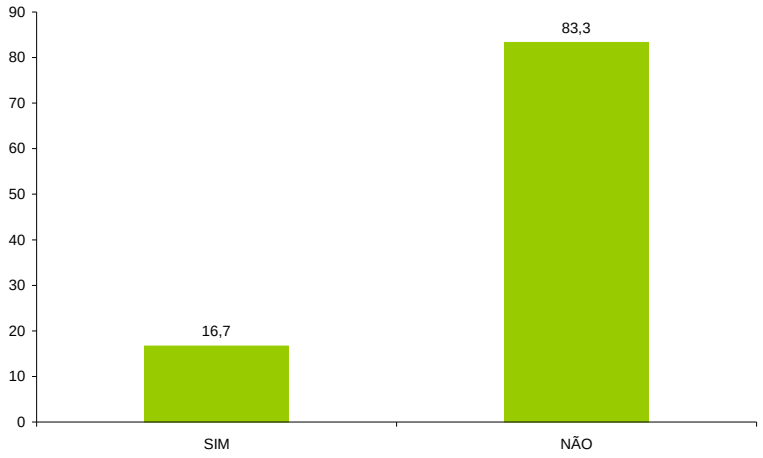


Gráfico 03: Distribuição percentual do conhecimento dos usuários entrevistados segundo a participação do planejamento / reunião do atendimento junto à equipe de saúde. Residentes na área de abrangência de uma USF no município de João Pessoa / PB, mar. 2007

proporciona, ajudando-lhes a mudar a realidade dos serviços prestados pelo poder público. Esta questão nos remete à anterior, só que desta vez focada para a participação em nível local, na própria USF e fica perceptível a não participação desses usuários nas ações realizadas na equipe de SF ao qual eles pertencem.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) pauta-se, dentre outras diretrizes, no trabalho da equipe multiprofissional e na participação da comunidade adscrita nas decisões, planejamento e ações da equipe de saúde. Entende-se que ambas as diretrizes estão relacionadas à medida que decorrem e expressam as relações entre a população de referência e o serviço e a equipe de trabalho, bem como em um plano ainda mais microscópio, as relações entre trabalhadores e usuários.

Ambas as propostas de participação social e do trabalho em equipe supõem um processo de democratização das instituições. Na perspectiva da atenção integral à saúde e da democratização das relações de trabalho e de interação trabalhador e usuário, a população, os grupos sociais e os usuários são concebidos como partícipes dos processos e faz-se necessário aprofundar a compreensão sobre sua participação[6:4].

Observa-se no Gráfico 04 o conhecimento dos entrevistados acerca do que é Controle Social em Saúde. Observa-se que 73,3% disseram não ter conhecimento e 26,7% afirmaram saber o que é controle social. Os que disseram ter conhecimento relataram que seria o controle das ações dos gestores pela população. Segundo o Ministério da Saúde, controle social é entendido como o controle do Estado pelo conjunto da sociedade organizada em todos os segmentos sociais. Evidentemente, esse controle deve visar ao benefício do conjunto da sociedade, e deve ser permanente[6].

A forma pela qual a sociedade procura exercer sua cidadania constitui modalidade própria de regulação, que pode ser entendida como controle social. O controle social implica, portanto, submeter o poder dos agentes políticos à regulação da sociedade, corrigindo eventuais desvios e responsabilizado os que se utilizaram indevidamente do poder que lhes foi outorgado pela sociedade[7]. O controle social e a participação cidadã confundem-se, porque ambos procuram conquistar direitos sociais e partilham dos mesmos valores. No entanto, a participação cidadã está centrada na busca da equidade social, da universalização dos direitos e da solidariedade. Por outro lado, o controle social constitui-se em mecanismo de vigilância de agentes e instituições políticas que atuam nas estruturas do poder. Se tradicionalmente o controle social era visto como o aumento da capacidade de influência da sociedade sobre o Estado, hoje passa a ter duplo caráter: aperfeiçoar os mecanismos de controle da sociedade sobre o Estado e inventar formas de controle da sociedade sobre a própria sociedade[8].

Na prática, o controle social na saúde abrange todos os mecanismos que, de alguma forma, controlam, interferem e fiscalizam as decisões dos governos no setor. O controle social não é algo que a sociedade brasileira assuma como seu, há vitórias e derrotas. É uma luta que ainda está para ser ganha na sociedade[9].

De acordo com o Gráfico 05, em relação ao questionamento do conhecimento do usuário sobre o que é conselho de saúde, observa-se que 50% dos entrevistados afirmaram ter conhecimento sobre o conselho de saúde e que 50% disseram não saber o que é.

É fundamental que a população tenha conhecimento sobre o que é conselho de saúde, pois este significa uma conquista democrática da sociedade, e tem como objetivo assegurar à população uma atenção à saúde voltada para resolução de suas necessidades, considerando os direitos de cidadania, da interssetorialidade das ações e serviços, da defesa da vida e da saúde, tendo como princípios norteadores o acesso universal e equitativo em todos os níveis de complexidade assistencial à saúde, tanto no campo individual quanto do coletivo, principalmente nos grupos expostos a riscos específicos.

Contudo, sem a clareza do significado desse objetivo, e consequentemente compromisso, o controle social fica fragilizado e refém das pressões estreitas de tendências e grupos, bem como da sociedade e do governo, distanciando-se da concretização de uma sociedade mais justa e igualitária, onde a construção de sujeitos cidadãos deveria ser seu objetivo maior[10].

O Gráfico 06, mostra uma realidade de o quanto a população e em especial os usuários entrevistados, mesmo tendo conheci-

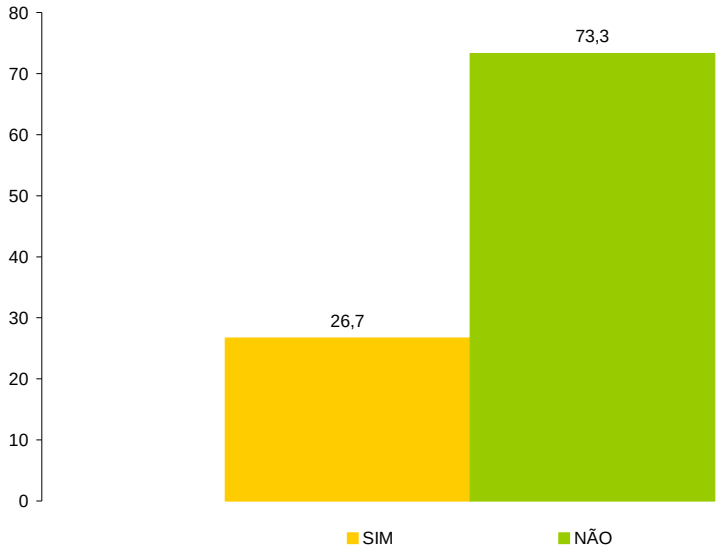


Gráfico 04: Distribuição percentual do conhecimento dos usuários entrevistados sobre o conhecimento do que é Controle Social. Residentes na área de abrangência de uma USF no município de João Pessoa / PB, mar. 2007.

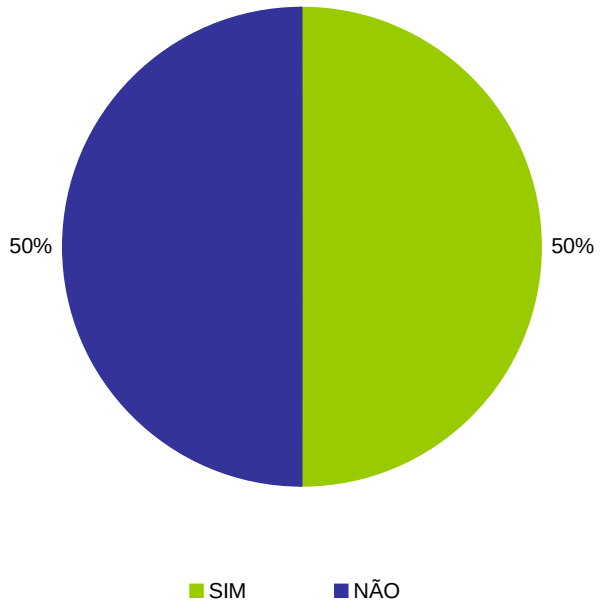


Gráfico 05: Distribuição percentual do conhecimento dos usuários entrevistados sobre Conselho de Saúde. Residentes na área de abrangência de uma USF no município de João Pessoa / PB, mar. 2007.

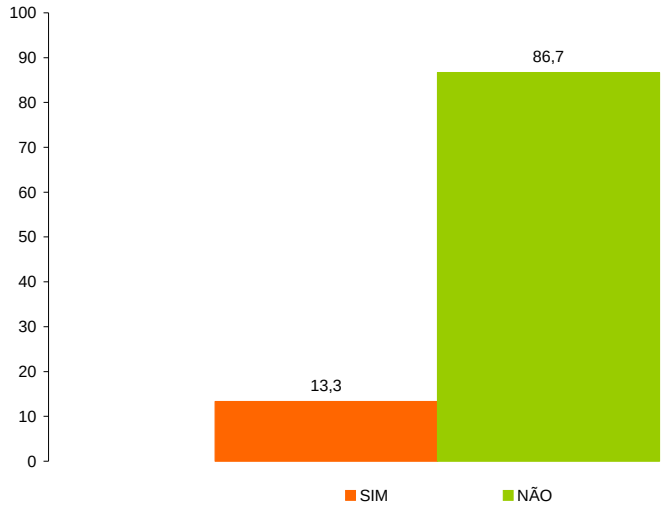


Gráfico 06: Distribuição percentual do conhecimento dos usuários entrevistados que relatam sobre a participação de uma reunião do Conselho de Saúde. Residentes na área de abrangência de uma USF no município de João Pessoa / PB, mar. 2007.

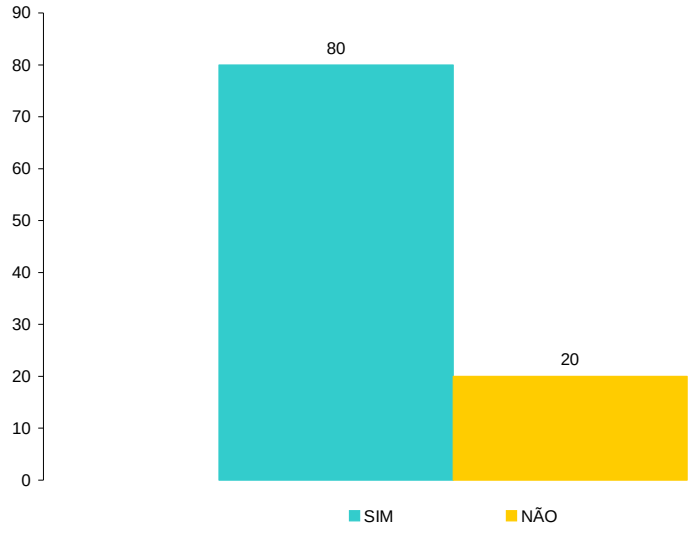


Gráfico 07: Distribuição percentual do conhecimento dos usuários entrevistados que mencionam sobre o conhecimento para reivindicação de melhorias no atendimento na assistência à saúde. Residentes na área de abrangência de uma USF no município de João Pessoa/PB, mar. 2007.

mento do que seja Conselho de Saúde, nunca participaram de nenhuma reunião. Os resultados são os seguintes: 86,7% responderam que nunca participaram, e apenas 13,3% mencionaram ter participado de alguma reunião no Conselho Municipal de Saúde. A maioria dos que nunca participaram, afirmam não terem conhecimento sobre onde e quando ocorrem essas reuniões.

Esses mecanismos de democracia são relativamente recentes, os conselhos e conferências foram instituídos em 1990. Passados 19 anos de sua criação, os conselhos de saúde conseguiram se organizar no Brasil, mas ainda enfrentam dificuldades relacionadas à estrutura física, equipamentos e orçamento, o que limita sua autonomia.

Nos conselhos de municípios com mais de 100 mil habitantes, grande parte dos conselheiros usuários representa associações de moradores e bairros (21%), sindicatos (20%), portadores de deficiência e patologia (12%) ou grupos religiosos (9%). Mas há quem se queixe de que os conselhos não garantem a participação efetiva dos movimentos sociais[9].

Foi observado que mesmo sabendo da existência dos conselhos de saúde, a participação fica prejudicada pelo fato de ser tudo muito centralizado nos representantes sociais, e a população em geral não tem oportunidade de participar. Informação e comunicação são fatores essenciais para construção e implementação de um sistema de saúde básico, principalmente quando ele objetiva fortalecer a participação popular, reconhecendo sua importância no campo do controle social a equipe de saúde da família se configura como peça importante nesse processo de empoderamento da cidadania.

O Gráfico 07 mostra que das pessoas entrevistadas, 80% disseram saber onde reivindicar melhorias, e 20% disseram não saber. Entre os que afirmam saber, a maioria mencionou que é na Secretaria Municipal de Saúde, e o restante imagina ser nos seguintes lugares: Diretoria da Unidade de Saúde, Ministério da Saúde e Distrito Sanitário de sua área. Apenas uma pessoa citou o Conselho Municipal de Saúde e o Ministério Público.

Em geral, o caminho não é fácil e requer uma grande disposição. Mas vale a pena, pois ao reivindicar o cumprimento da lei, você busca resolver o seu problema pessoal, e também contribui para a melhoria dos serviços e ações de saúde para toda a comunidade[11].

Conselhos e as conferências são os braços mais conhecidos do controle social, mas o processo ainda abarca iniciativas de caráter coletivo e individual, como conselhos locais ou conselhos gestores, fóruns de trabalhadores, Ministério Público, ouvidorias, gestão participativa, pressão popular sobre o Congresso, entre outras[11].

Diante das respostas, ficou evidente que a maioria, mesmo sabendo, nunca fez nenhuma reivindicação ou reclamação nos referidos órgãos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo possibilitou obter infor-

mações o conhecimento da população pesquisada acerca dos direitos de assistência à saúde e a sua participação nas decisões de políticas públicas de saúde.

A percepção inicial sobre a importância do tema proposto foi em muito expandida, ao vivenciar a experiência de exercitar a escuta dos depoimentos, que expressaram a verdade acerca do tema pesquisado.

Percebe-se que em relação ao conhecimento dos usuários a respeito da participação da sociedade nas decisões das políticas/programas do SUS apenas 27% disseram que sim, sendo realizados em reuniões no Conselho Municipal de Saúde, e na própria USF do bairro. Sobre a participação do usuário no planejamento/reunião da equipe de saúde 83,3% disseram que não e dos que participaram foi através de reuniões e palestras na USF. A respeito do conhecimento deles sobre o conhecimento do que é controle social no SUS apenas 26,7% mencionaram que sim e 50% afirmaram saber o que é conselho de saúde. O que chama atenção é que 86,7% nunca participaram de nenhuma reunião realizada na USF e não têm conhecimento como participar. No entanto, 80% afirmaram saber onde reivindicar melhorias de assistência à saúde. Os locais mencionados foram a Secretaria Municipal de Saúde, Ministério da Saúde, Distritos Sanitários e apenas um único entrevistado mencionou o Conselho de Saúde.

Assim, espera-se que este estudo contribua para que as equipes de Saúde da Família reconheçam essa fragilidade na população assistida e desenvolvam ações que contribuam para a construção do conhecimento da população acerca dos seus direitos e deveres, sobretudo no que se refere a mobilização desta para participação ativa nos processos decisórios tanto na USF quanto em outras esferas de decisão do SUS.

Um dispositivo importante nesse processo seria a instituição de Conselhos Locais de Saúde com a participação efetiva dos usuários atendidos na área de abrangência da USF. Esse conselho possibilitaria o compartilhamento das responsabilidades e decisões sobre as necessidades de assistência de saúde da população, bem como da (re)organização dos serviços de saúde no âmbito local.

SOCIAL CONTROL: THE KNOWLEDGE OF A FAMILY HEALTH UNIT USERS

ABSTRACT

Popular participation in SUS organization is the civil society most vivid expression participation in decisions taken by the state in general or popular participation in the political exercise power. This study aims to identify the population's knowledge about their rights on participation and health care. The method used was an exploratory quantitative approach. The study was conducted at the USF Family Health - Banking in João Pessoa - PB. The sample consisted of 30 USF users , aged above 21 years, and the data were collected from March 2007. We can see that in relation to the users knowledge regarding civil society participation in policy decisions / SUS programs only 27% have said yes, and in meetings in the Municipal Health Unit itself and Family Health (USF) in the neighborhood. About user participation in planning / team meeting health 83.3% said no and that was attended by meetings and lectures at USF. Regarding about their knowledge of what is social control in SUS only 26.7% said yes and 50% said they know about the board of health. The odd thing is that 86.7%have never attended any meeting at USF and have no knowledge on how to participate of it. However 80% claim that they have known where improvements in health care and only one interviewee mentioned the board of health. So the family health team need to develop systematic actions with regard to the empowerment of the social control significance and citizenship with the local population.

Keywords: Community participation. Health Services.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho GI de, Santos L. Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde leis nº8080/90 e nº 8142/90. 4ªed. São Paulo: UNICAMP, 2006.
2. Carvalho AI. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Ibam, 1995.
3. Santos GS, Santos AS. Visitando conceitos e alguns aspectos da pratica ligada ao controle social em saúde. Saúde Coletiva. 2(6); p.63-66; Junho, 2005.
4. Silva SF. Municipalização da saúde e poder local. São Paulo: Hucitec, 2001.
5. Crevelim MA. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? [acesso 2007 Mai 20]. Disponível em: <www.scielo.br/scielo>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. A prática do controle social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS. Brasília, 2003.
7. ANDRADE, S. M de; SOARES, D. A.; CORDONI JÚNIOR, L. Bases da saúde coletiva. Londrina: EDUEL, 2001.
8. Silva SF. Municipalização da saúde e poder local. São Paulo: Hucitec, 2001.
9. Dominguez BC. A gestão autoritária cede espaço, pouco a pouco, à práxis democrática. Radis. n.53, 2007. ENFERMAGEM. Belo Horizonte: Alpha studio, [200-]. 1 CD-Rom.
10. Brasil. Ministério da Saúde. A prática do controle social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS. Brasília, 2003.
11. IDEC. Defesa do consumidor. Os SUS pode ser seu melhor plano de saúde. São Paulo, 2003.

Artigo Original

PROPOSTA DE UM PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA CLIENTES COM SÍNDROME DE FOURNIER

Khivia Kiss da Silva Barbosa[1]
Jogilmira Macêdo Silva[2]
Edna Silva Grangeiro[3]
Fabiana Ferraz Queiroga Freitas[4]
Gerlane Ângela da Costa Moreira[5]

RESUMO
Esse estudo teve o objetivo construir um plano de cuidados para clientes portadores da Síndrome de Fournier. Trata-se de uma pesquisa documental retrospectiva, realizada na Clínica Integrada da Mulher, no município de João Pessoa-PB, como amostra seis prontuários. Para coleta de dados foi utilizado um instrumento estruturado baseado no modelo conceitual de Horta. Neste estudo foram estabelecidos 07 diagnósticos de enfermagem, sendo 07 (100%) reais e nenhum (0%) de risco, pertencendo 01 ao domínio de conforto, 02 ao de segurança / proteção, 02 ao domínio autopercepção, 01 ao domínio percepção / cognição e 01 ao enfrentamento / tolerância ao estresse. Entende-se que o plano de cuidados elaborado neste estudo contribuirá de forma significativa na promoção de uma melhor qualidade de vida dos portadores da referida Síndrome, visto que possibilitará a equipe de enfermagem exercer sua função de forma fundamentada e planejada cientificamente no atendimento às necessidades do paciente.
Palavras-chave: Síndrome de Fournier. Plano de Cuidados. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Em 1883, o dermatologista francês Jean Alfred Fournier descreveu cinco casos de gangrena genital espontânea, apresentadas em indivíduos aparentemente sadios, que de repente passaram a apresentar mal-estar geral, febre, dor na genitália externa, edema e vermelhidão. Havendo ainda de comum entre os casos a rápida progressão, a falta de causa aparente (atribuída ou associada) ao sexo[1].

A determinação do nome dessa síndrome pode variar de acordo com a região em que ela se desenvolve, recebendo o nome de Síndrome de Fournier, quando o processo infeccioso acomete a região perineal. Também é conhecida como fascite necrosante do períneo, gangrena escrotal, celulite necrosante sinérgica, gangrena sinérgica, gangrena idiopática, gangrena fulminante[2].

O conhecimento sobre a Síndrome de Fournier, além de ser importante no contexto da saúde do indivíduo, tem relevância psicossocial por ser também considerada uma doença estigmatizante. A doença está associada a deformidades físicas com tumores, feridas e até

[1] Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFPB. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande / UFCG.
[2] Enfermeira. Mestre em Terapia Intensiva. Docente das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança (Facene / Famene).
[3] Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (Facene).
[4] Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Professora das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança (Facene / Famene). Endereço: Av. Pombal, n. 630, aptº 203, Ed. Zênite – Manaíra. Cep: 58038241 – João Pessoa-PB. Tel.: (83) 96341221. E-mail: fabianafqf@hotmail.com
[5] Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFPB. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande / UFCG.

necrose. Esse tipo de doença pode provocar diversas reações nas pessoas, como a rejeição, o medo, trazendo ainda mais sofrimento ao indivíduo acometido por esse mal.

Essa patologia ocorre mais frequentemente em homens, de todas as idades, podendo acometer também em mulheres. A doença, embora ocorra principalmente em indivíduos do sexo masculino na proporção de 10 para 1, não é restrita aos indivíduos jovens, afetando todas as faixas etárias, com média das idades ao redor dos 50 anos[3]. A predisposição à gangrena de Fournier está associada a estados de imunossupressão, doenças crônicas, alcoolismo, senilidade, obesidade, anormalidades no sistema urológico e doenças colo-retais[4].

A base do tratamento é o diagnóstico precoce e o desbridamento agressivo. É importante salientar, ainda, que, mesmo com desbridamento extenso e antibioticoterapia adequada, os índices de óbitos permanecem elevados, o que levou alguns autores a tentar identificar e validar fatores que possam predispor à maior mortalidade[3].

Nesse contexto, vale ressaltar o papel da Enfermagem no processo de cura dessa enfermidade, haja vista que os enfermeiros têm buscado prestar uma assistência com qualidade, levando o cliente à recuperação da saúde ou melhora nas condições de vida, por meio de cuidar pautado em princípios científicos e efetivado pelo Processo de Enfermagem.

Esse processo é compreendido como método que requer pensamento crítico e criativo para desenvolver uma assistência de qualidade e uma boa relação custo / benefício, sendo respaldado legalmente por meio da Lei nº 7498 / 86[5], que regulamenta o exercício da profissão de Enfermagem e da Resolução COFEN nº 358 / 2009[6], que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissio-nal de Enfermagem.

Desenvolvemos esta proposta buscando trabalhar com o Processo de Enfermagem de forma que a implementação desse modelo não seja predeterminado, pois assim não há a garantia de maior qualidade na assistência em saúde, mas para iniciar um trabalho organizado e sistematizado, pautado em teorias de Enfermagem, visando a melhoria na qualidade da assistência de enfermagem, bem como a credulidade no serviço da enfermagem com maior autonomia nas atividades do enfermeiro.

Portanto, esse estudo tem o objetivo de construir um plano de cuidados para clientes portadores da Síndrome de Fournier, o que certamente contribuirá na fundamentação e aplicação do Processo de Enfermagem para pacientes portadores dessa síndrome.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa documental retrospectiva[7], definida como sendo aquela que utilizam documentos que não receberam nenhum tratamento analítico, tais como os documentos conservados em órgãos públicos e instituições privadas, e os documentos de segunda mão, que de alguma forma já foram analisados.

A pesquisa foi realizada no Serviço de Arquivo Médico (SAME) da Clínica Integrada da Mulher, no município de João Pessoa-PB. Teve como foco todos os prontuários do referido setor, e como amostra 06 (seis) prontuários, selecionados de acordo com os critérios que se seguem: ter descrição no prontuário o diagnóstico confirmado de Síndrome de Fournier; ter sido assistido pelo menos dois dias após diagnóstico pela Enfermagem; ter ortografia legível.

Para coleta de dados foi utilizado um instrumento estruturado baseado no modelo conceitual de Horta[8]. O procedimento de coleta ocorreu da seguinte forma: seleção dos prontuários; leitura prévia e criteriosa dos prontuários; preenchimento do instrumento; leitura seletiva para a identificação das características definidoras comuns aos portadores da síndrome em foco; leitura interpretativa para identificar os diagnósticos de enfermagem, com auxílio da American Nursing Diagnosis Association – NANDA (2010 / 2011)[9]; elaboração dos resultados esperados, a partir do Nursing Outcomes Classification – NOC[10] e a determinação das intervenções de enfermagem para cada diagnóstico identificado, utilizando a Nursing Interventions Classification – NIC[11]; síntese e discussão dos resultados.

É importante destacar que a pesquisa apenas foi iniciada na instituição hospitalar após encaminhamento e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem
DOR AGUDA relacionada a agentes lesivos (gangrena) evidenciada por relato verbal.	**CONTROLE DA DOR:** **Indicadores:** Reconhece o início da dor – consistentemente demonstrado (5) Descreve fatores causais - consistentemente demonstrado (5) Usa analgésicos adequadamente - consistentemente demonstrado (5) Usa os recursos disponíveis – muitas vezes demonstrado (4)	**CONTROLE DA DOR:** **Atividades:** Realizar avaliação abrangente da dor, que inclui o local, as características, o início, a duração, a freqüência, a qualidade, a intensidade ou gravidade e os fatores precipitantes; Assegurar que o paciente receberá cuidados precisos de analgesia; Selecionar e implementar uma variedade de medidas para facilitar o alívio da dor; Orientar sobre métodos farmacológicos de alívio da dor; Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor, a intervalos específicos.
INTEGRIDADE PELE PREJUDICADA relacionada ao déficit imunológico evidenciado por rompimento da superfície da pele.	**CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS:** **segunda intenção** **Indicadores:** Tecido de granulação – substancial (4) Formação de tecido cicatricial – substancial (4) Diminuição do tamanho da ferida – extenso (5) Eritema em torno da ferida – nenhum (5) Necrose – nenhum (5) Odor proveniente da ferida – nenhum (5)	**CUIDADOS COM AS LESÕES:** **Atividades:** 1. Monitorar as características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e dor; 2. Aplicar curativo adequado ao tipo de ferida; 3. Trocar o curativo de acordo a quantidade de exsudatos e drenagem; 4. Examinar a cada troca de curativos; 5. Encorajar a ingestão de líquidos; 6. Documentar o local, o tamanho e o aspecto da lesão.
HIPERTERMIA relacionada à doença (**síndrome de Fournier**) evidenciada por aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais e pele avermelhada.	**TERMORREGULAÇÃO:** **Indicadores:** Hipertermia – nenhuma (5) Aumento da temperatura da pele – nenhuma (5) Desidratação – leve (4) Freqüência respiratória e pulso apical - não comprometido (5) **GRAVIDADE DA INFECÇÃO:** **Indicadores:** Drenagem purulenta – nenhuma (5) Febre - nenhuma (5) Dor - nenhuma (5) Colonização de cultura no local da lesão - nenhuma (5)	**CONTROLE DA INFECÇÃO:** **Atividades:** Verificar os sinais vitais Lavar as mãos antes e depois de cada atividade de cuidado ao paciente; Usar luvas conforme a exigência das precauções padronizadas; Assegurar o emprego de técnica adequada no cuidado de feridas; Promover a ingestão nutricional adequada; Encorajar o repouso; Orientar ao paciente a tomar antibióticos, conforme prescrição.
DISTÚRBIO DA IMAGEM CORPORAL relacionada à lesão evidenciada por sentimentos negativos em relação ao corpo.	**AUTOESTIMA:** **Indicação:** Aceitação das próprias limitações – consistentemente positivo (5) Comunicação franca - consistentemente positivo (5) Nível de confiança - consistentemente positivo (5) **ACEITAÇÃO: ESTADO DE SAÚDE:** **Indicação:** Reconhece a realidade da situação de saúde – consistentemente demonstrado (5) Busca informações sobre à saúde - consistentemente demonstrado (5) Desempenha tarefas de autocuidado - consistentemente demonstrado (5)	**ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO:** **Atividades:** Monitorar a capacidade do paciente para o autocuidado independente; Estabelecer uma rotina de atividades de autocuidado. **MELHORA DA AUTOESTIMA:** **Atividades:** Monitorar as afirmações do paciente em relação a sua autoestima; Encorajar o paciente a identificar seus pontos positivos; Propiciar experiências que aumentem a autonomia do paciente; Transmitir confiança na capacidade do paciente para lidar com as situações; Monitorar os níveis de autoestima ao longo do tempo; Fazer afirmações positivas sobre o paciente.
CONHECIMENTO DEFICIENTE relacionado à falta de exposição evidenciada por verbalização do problema.	**CONHECIMENTO: processo da doença:** **Indicadores:** Descrição do processo de doença, causas, sinais e sintomas, complicações – substancial (4)	**ENSINO: processo de DOENÇA:** **Atividades:** Avaliar o atual nível de conhecimento do paciente em relação ao processo de doença; Descrever os sinais e sintomas comuns da doença; Oferecer informações ao paciente sobre sua condição e de diagnóstico; Discutir opções de terapia; Reforçar as informações oferecidas por outros membros da equipe de cuidados de saúde.
ANSIEDADE relacionada à ameaça ao estado de saúde evidenciado por apreensão, sofrimento e preocupação.	**AUTOCONTROLE DA ANSIEDADE:** **Indicadores:** Elimina precursores de ansiedade – muitas vezes demonstrado (4) Busca informações para reduzir a ansiedade - muitas vezes demonstrado (4) Monitora manifestações físicas e comportamentais - consistentemente demonstrado (5) Usa técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade – consistentemente demonstrado (5)	**1 REDUÇÃO DA ANSIEDADE:** **Atividades:** Usar uma abordagem calma e segura; Buscar compreender a perspectiva do paciente sobre a situação temida; Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico; Permanecer com o paciente para promover a segurança e reduzir o medo; Ouvir atentamente o paciente; Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos; Orientar quanto ao uso de técnicas de relaxamento; Administrar medicamentos para reduzir a ansiedade; Observar a presença de sinais verbais e não-verbais de ansiedade.
DESESPERANÇA relacionada à deterioração da condição humana evidenciada por indicações verbais.	**ENFRENTAMENTO:** **Indicadores:** Identifica padrões eficazes de enfrentamento – muitas vezes demonstrado (4) Relata redução do estresse - muitas vezes demonstrado (4) Verbaliza necessidade de auxílio - muitas vezes demonstrado (4) Relata aumento do conforto psicológico - muitas vezes demonstrado (4)	**1. PROMOÇÃO DA ESPERANÇA:** **Atividades:** Informar o paciente sobre o fato de a atual situação ser ou não algo temporário; Demonstrar esperança, reconhecendo o valor intrínseco do paciente e encarando sua doença como apenas um aspecto de si mesmo; Ajudar ao paciente a expandir sua espiritualidade; Envolver ativamente o paciente em seu próprio cuidado; Encorajar relações terapêuticas com pessoas significativas; Criar um ambiente que facilite o paciente à prática religiosa. **2. SUPORTE EMOCIONAL:** **Atividades:** Discutir com o paciente as experiências emocionais; Fazer declarações de apoio e empatia; Encorajar o paciente no reconhecimento de sentimentos como ansiedade, raiva e tristeza; Encorajar o diálogo ou choro como meios de reduzir a resposta emocional; Oferecer assistência de processo decisório; Encaminhar o paciente para o aconselhamento.

Facene/Famene, autorizando o seu desenvolvimento. Porém, não foi necessária a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, haja vista que se tratou de uma pesquisa documental retrospectiva.

Vale ressaltar também que o posicionamento ético dos pesquisadores com relação ao desenvolvimento da investigação foi norteado pelas diretrizes e normas que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas na Resolução nº 196/96[12] do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país, bem como o que preceitua a Resolução COFEN nº 311/2007[13], que institui o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram dispostos em quadros e discutidos à luz da literatura pertinente. Sendo assim, os diagnósticos de enfermagem identificados, baseados na NANDA (2010/2011)[9], estão expostos no Quadro 01, bem como os resultados esperados e intervenções, com auxílio da NOC[10] e da NIC[11], respectivamente.

Neste estudo foram estabelecidos 07 diagnósticos de enfermagem, sendo 07 (100%) reais e nenhum diagnóstico de enfermagem de risco, pertencendo 01 ao domínio de conforto; 02 ao de segurança/proteção; 02 ao de domínio autopercepção; 01 ao de domínio percepção/cognição; e 01 ao de enfrentamento/tolerância ao estresse;, sendo 01 de conforto físico; 01 de lesão física; 01 termorregulação; 01 de imagem corporal; 01 de cognição; 01 de autoconceito e 01 de relações de enfrentamento.

Quanto aos resultados esperados de enfermagem foram identificados 09, sendo 03 pertencentes ao domínio de saúde fisiológica, 04 ao de saúde psicossocial e 02 ao de conhecimento e comportamento, sendo 01 da classe de integridade tissular, 01 da regulação metabólica, 01 da resposta imunológica, 01 do bem-estar psicológico, 02 da adaptação psicossocial, 01 do autocontrole, 01 de comportamento de saúde e 01 de conhecimento em saúde.

Em relação às intervenções de enfermagem foram estabelecidos 09, sendo 03 do domínio fisiológico básico; 05 do comportamental; e 01 do segurança, e destes 01 é da classe da promoção do conforto físico; 01 do controle da pele; 01 da facilitação do autocuidado; 01 do educação do paciente; 01 da promoção do conforto psicológico; 03 da assistência ao enfrentamento e 01 do controle de riscos.

A Síndrome de Fournier, por ser uma doença infecciosa grave com evolução rapidamente progressiva e potencialmente fatal, deve ser considerada uma emergência. Nesse sentido, pode-se afirmar que a implementação do processo de enfermagem faz-se necessário, haja vista a gravidade dessa síndrome, bem como o alto índice de suspeição dos casos, o que torna imprescindível o diagnóstico precoce, tratamento imediato e agressivo. Para tanto, a assistência de enfermagem deve ser sistematizada e direcionada ao atendimento das necessidades afetadas de cada paciente.

Segundo Alfaro-Lefreve[14], o processo é composto por cinco fases, a investigação, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento, a implementação e a avaliação. Sendo assim, este estudo focalizou suas ações na construção de um plano de cuidados para pacientes com a referida síndrome, que resultou na identificação de diagnósticos de enfermagem baseados nos sinais e sintomas comuns da doença, no estabelecimento dos resultados esperados e na elaboração das intervenções de enfermagem.

Nesta pesquisa, os diagnósticos de enfermagem identificados foram construídos com base nas seguintes características definidoras: febre, lesão, queixas de dor e alterações psicológicas (preocupação, baixa autoestima etc.). Em seguida, os resultados esperados foram estabelecidos de acordo com os diagnósticos, e por fim, foram definidas as intervenções. Com isso, é possível observar que o plano de cuidados construído mostra a preocupação no atendimento das necessidades fisiológicas, psicológicas e espirituais**,** demonstrando a amplitude do cuidado de Enfermagem quando direcionado pelo Processo de Enfermagem.

A qualidade da assistência de enfermagem prestada encontra-se diretamente relacionada à qualidade das informações coletadas, o que resultará em diagnósticos e intervenções melhor elaborados e mais adequados à situação vivenciada, e a avaliação das respostas do cliente à terapêutica implementada será muito mais segura e

confiável, o que vem corrobora com a relevância do plano de cuidados construído[15].

Nesse sentido, faz-se necessário ressaltar a importância da construção de protocolos de assistência de enfermagem voltados às respostas do paciente as inúmeras síndromes existentes, bem como o contínuo acompanhamento e utilização de diferentes estratégias para a eficiência do Processo de Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as complexas implicações físicas, emocionais e espirituais que a Síndrome de Fournier acarreta aos pacientes, aliadas às esperanças de cura e à significância do plano de cuidados de enfermagem é que resultou neste estudo, que foi direcionado para contribuir na promoção de um melhor nível de bem-estar aos portadores da referida síndrome. Em decorrência disso, espera-se que as vidas dessas pessoas sejam modificadas, conforme seu organismo reage a esses processos, pelo estímulo a enfrentar a doença, pela educação para o autocuidado e pela prevenção de complicações, tudo isso a partir da atuação comprometida e humanizada da equipe de enfermagem que os assiste, através da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma forma de organizar as práticas do cuidado, baseado nos interesses, necessidades reais/potencias e valores do cliente, da família e comunidade. Ou seja, consiste em um método de trabalho que possibilita que a enfermagem exerça sua função de forma fundamentada cientificamente e planejada no atendimento às necessidades do paciente.

A implantação da SAE[15] tem demonstrado potencialidades e dificuldades nos serviços de saúde, uma vez que faz parte da reorganização e sistematização das práticas em saúde. O cenário nacional vivenciou uma mudança paradigmática do modo de produzir saúde, que é iniciada com o movimento da Reforma Sanitária na década de 1970 e que culmina com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Logo, obtiveram-se avanços significativos na propositura, porém, essa mudança depende de muitos esforços dos atores envolvidos nos diversos cenários dos serviços, academia e comunidade para que sua construção cotidiana ocorra.

Nesse sentido, pode-se afirmar que essa pesquisa vem contribuir na implantação da Sistematização do Cuidado de Enfermagem, ao construir um referencial que aborda os aspectos importantes relacionados à Síndrome de Fournier, as principais necessidades apresentados pelos pacientes em tratamento e uma proposta de plano assistencial para os mesmos.

SUGESTION FOR A PLAN OF NURSING CARE FOR CLIENTS WITH SYNDROME FOURNIER

ABSTRACT

This study aimed to build a plan of care for clients suffering from Fournier's syndrome. This is a retrospective documentary research, conducted at the Integrated Clinic of Women in the city of Joao Pessoa, as six sample records. To collect data we used a structured instrument based on the conceptual model of Horta. This study established 07 nursing diagnoses, and 07 (100%) real and none (0%) at risk, 01 belong to the realm of comfort, the 02 security / protection, 02 the perception domain, the domain 01 perception / cognition 01 and the coping / stress tolerance. It is understood that the care plan developed in this study will contribute significantly in promoting a better quality of life of patients of this syndrome, as it will enable nursing staff to perform its function in a reasoned and scientifically designed to meet the needs of patient.

Keywords: Fournier's syndrome. Care Plan. Nursing.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira PACC, Dias JMCM, Carvalho TMC. Gangrena de Fournier. [artigo na internet] 2008. [acesso em 2009 Fev. 23]. Disponível em: http://www.apeu.online.pt/downloads/Gangrena%20de%20Fournier.ppt.
2. Cavalini F, Moriya TM, Pelá NTR. Síndrome de Fournier: a percepção do seu portador. 2001. [acesso em: 2009 Fev. 27]. Disponível em: http://www.ee.usp.br/REEUSP/index.php?p=html&id=642
3. Cardoso JB, Féres O. Gangrena de Fournier. Simpósio: cirurgia de urgência e trauma. 2ª Parte: Medicina. 2007;40(4):493-9.
4. Lapa CRL *et al*. Síndrome de Fournier: cuidados de enfermagem. [artigo na internet]. 2004. [acesso em 2009 Fev. 25]. Disponível em: http://200.222.60.171/PDF/sindrome%20de%20fournier.pdf.
5. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) [internet]. Legislação. Lei nº 7.498/86. Brasília; 2011. [acesso em 2009 Fev. 25]. Disponível em: http://site.portalcofen.gov.br/node/4161
6. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), Resolução 358, de 15 de outubro de 2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Instituições de Saúde. Rio de Janeiro: COFEN; 2010.
7. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 1991.
8. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
9. Nanda. diagnósticos de enfermagem: definições e classificações – 2009/2011. Porto Alegre: Artmed; 2009.
10. Noc. Johnson, M., Maas, M., & Moorhead, S. (Eds.). Nursing outcomes classification (NOC) (2nd ed.). St. Louis: Mosby. 2000.
11. Nic. Dochterman, J. M., & Bulechek, G. M. (Eds.). Nursing interventions classification (NIC) (4th ed.). St. Louis: Mosby. 2004.
12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa evolvendo seres humanos, Brasília, 2000. Acesso em: 15 abr 2009.
13. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução 311 em 12 de maio de 2007. Brasília-DF, 2007.
14. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5ª ed. São Paulo: Artmed; 2005.
15. Castilho NC, Ribeiro PC, Chirelli MQ. Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Serviço de Saúde Hospitalar no Brasil. Revista Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, n.1, p. 280-289, trimestral, abr./jun. 2009.

Artigo de Atualização

ABORDAGEM LITERÁRIA SOBRE A CRIPTOCOCOSE

Layanne Cabral da Cunha Araujo[1]
Paola Sysnanda Alves de Miranda[2]
Mabel Soares de Almeida[2]
Maria do Livramento Ferreira Lima[3]

RESUMO
A criptococose é uma doença oportunista causada pela levedura *Criptococcus neoformans*, que pode ser encontrada no ambiente através dos excrementos de aves. Tem como principal fator de risco a baixa imunidade celular, acometendo principalmente os pacientes imunodeprimidos. A infecção atinge inicialmente o pulmão e pode sofrer disseminação sistêmica, atingindo o sistema nervoso central. O indivíduo infectado pode apresentar meningite, pielonefrite, lesões cutâneas, alterações mentais e da personalidade. O diagnóstico é baseado em achados microscópicos, através dos exames direto, histológicos e cultura, o tratamento é à base de antifúngicos.
Palavras-chave: *Criptococcus*. Infecção pulmonar. Criptococose. Imunodeprimidos.

INTRODUÇÃO

A criptococose é uma doença oportunista causada pelo fungo *Criptococcus neoformans* que pode ser encontrado no ambiente em excretas de aves, principalmente de pombos. São disseminados pelo ar, causando contaminação por via respiratória. Inicialmente instala-se no pulmão, podendo invadir o sistema nervoso central[1].

O principal fator de risco para a infecção é o comprometimento da imunidade celular, por isso, é comum a infecção em imunodeprimidos[2,3]. É a micose mais frequente em pacientes com a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) e representa importante causa de morte[4]. Pode ocorrer também em pacientes leucêmicos, transplantados, portadores de tumores sólidos, pacientes em uso prolongado de antibióticos e imunossupressores[5,6] com sarcoidose, diabetes mellitus, hepatite crônica e cirrose[7,8].

Biologia do Microrganismo

C. neoformans foi descrito em 1894 por Otto Busse e Abraham Buschke, isolado de uma lesão na tíbia[9], seu estudo teve início na Itália após Sanfelice registrar o primeiro isolado a partir de suco de pêssego, denominando-o de *Sacharomyces neoformans*[10]. No mesmo ano foi isolada a levedura em um paciente, sendo denominada de *Sacharomyces hominis.* Após constatação de ausência de ascósporos, característico do gênero *Sacharomyces*, as leveduras foram classificadas no gênero *Criptococcus*[11].

O *C. neoformans,* pertence à classe *Basidiomycetes*[12], é uma levedura arredondada

[4] Aluna do curso de Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos. Autora correspondente. Endereço: Rua Antônio Félix, nº 464, Bairro Vitória, Patos/PB. CEP: 58706-110. Tel: (83) 88529177. E-mail: lay_biomed@yahoo.com.br
[5] Aluna do curso de Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos.
[6] Professora das Faculdades Integradas de Patos. Doutora em Biologia de Fungos pela Universidade Federal de Pernambuco.

encapsulada, a forma varia de esférica a oval, geralmente com único brotamento, o tamanho varia de 4 a 10µm de diâmetro. O tamanho da cápsula é determinado por características genéticas, condições de cultivo e ambientais. Cepas com pouca cápsula apresentam de 2 a 5µm, as muito encapsuladas apresentam 80µm de diâmetro. A cápsula é rica (glicoronoxilomanana) importante fator de virulência[9].

São conhecidas três variedades da espécie: *grubii* (sorotipo A), *neoformans* (sorotipos D e AD) e *gatti* (sorotipos B e C). As infecções mais comuns são causadas pelos sorotipos A e D[2]. A var. *neoformans* é encontrada em excretas de pombos, e tem distribuição mundial. Já a var *Gatti* é distribuída em regiões de clima tropical e subtropical, sendo encontrada nos eucaliptos [13,14].

C. neoformans é um patógeno intracelular facultativo, apresenta alguns fatores de virulência: cápsula polissacarídica, melanina e algumas enzimas. Esses fatores são importantes para sobrevivência do patógeno no ambiente e o protege da resposta imune do hospedeiro. Pode sobreviver dentro de macrófagos, contribuindo para infecções crônicas e latentes[15,16].

A cápsula impede a fagocitose e bloqueia a quimiotaxia de neutrófilos e monócitos, células com cápsulas densas resistem à fagocitose. Outro fator de patogenicidade é a produção de fenol oxidase, quando cresce em meio aquoso contendo extrato de batata, cenoura, determinadas sementes e em meios que contém tirosina e ácido clorogênico. Atuando sobre os mesmos por oxidação produz pigmento tipo melanina, dando às colônias coloração escura, não observada em outras leveduras. A melanina é produzida a partir do composto difenólico presente no meio, através da ação da lacase (fenoloxidase)[17,18,19]. Quando a levedura está melanizada, é menos susceptível aos efeitos da luz ultravioleta em estudos *in vitro.* A melanina tem efeito protetor para o fungo, contribuindo para sua sobrevivência no ambiente[20]. No hospedeiro, funciona como antioxidante que protege o fungo da morte intracelular pelos fagócitos[21].

O trabalho teve por objetivo abordar, de forma multidisciplinar, a biologia, manifestações clínicas, métodos de diagnóstico e tratamento das infecções causadas pela levedura encapsulada *C. neoformans*.

Manifestações clínicas

Entre as principais manifestações clínicas da doença destacam-se as respiratórias, acometimento do Sistema Nervoso Central (SNC) e infecções cutâneas, ósseas e articulares.

O pulmão é o principal alvo da infecção, causando a pneumonia criptocócica que evolui de forma prolongada e o paciente geralmente é insensível à dor. A infecção é mais grave em pacientes imunodeprimidos, geralmente é acompanhada por outros fungos, por *Pneumocystis carinii* e citomegalovírus. Já o paciente imunocompetente pode não apresentar sintoma[22,23] .

O SNC é o mais acometido, atingindo particularmente as meninges e o parênquima cerebral. As principais manifestações clínicas são cefaleia, meningite, envolvimento dos nervos cranianos e invasão do córtex, levando a hidrocefalia. A febre é baixa e o paciente apresenta também rigidez na nuca, o que é típico de irritações das meninges[23,24].

O curso da neurocriptococose pode ser agudo ou insidioso; seu aparecimento está ligado à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), terapêutica de patologias hematológicas malignas, entre outras doenças. Já o curso crônico observa sintomatologia discreta[25]. A sintomatologia pode ser inespecífica, constando de cefaleia, náuseas, vômitos, fadiga, irritabilidade, sonolência, confusão mental, alterações comportamentais, sinais focais, comprometimento motor[26].

De modo geral, a sintomatologia varia desde manifestações de infecção aguda, com tosse, febre, insuficiência respiratória, principalmente em indivíduos com SIDA ou de infecção crônica, com presença de nódulos, cavidades, derrame pleural e linfoadenopatia[27].

As infecções cutâneas provocam lesões na pele, geralmente o fungo chega até a pele por disseminação hematogênica, apresentando manifestações clínicas polimorfas. O paciente pode apresentar pápulas, vesículas herpetiformes, celulites / abscesso ou úlceras. Existem ainda relatos de casos de criptococose simulando queloide Essas lesões geram ulcerações, onde fica o fungo [28].

O *Criptococcus* pode promover também infecções ósseas e articulares. Quando entram na circulação, ao sair do trato respiratório, migram para a medula espinhal, onde

podem gerar lesões osteolíticas e abscessos no tecido, produzindo exsudato com grande quantidade do fungo, as articulações são menos envolvidas[23]. A infecção pode acometer o sistema genitourinário, ocasionando pielonefrite, sendo que é raro. E também pode envolver a próstata, nesse caso, o paciente imunodeprimido é fonte de recidiva[1].

As lesões de molusco contagioso, histoplasmose e infecção fúngica por *Penicillium marneffei* são mais frequentes em infecções cutâneas disseminadas. Já as manifestações de ulcerações e celulite são mais comuns na criptococose cutânea primária[18].

Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico laboratorial é baseado nos achados microscópicos, os exames realizados são exame direto, histológico, isolamento através da cultura, e ainda a soromicologia. As características morfológicas do *Cryptococcus* são elementos esféricos ou ovais, com ou sem brotamento, diâmetro de 4 a 20µm, envolvidos por uma cápsula gelatinosa. Muitas vezes essas características não são encontradas, o que dificulta o diagnóstico. Portanto, é preciso realizar técnicas laboratoriais mais específicas[29].

As amostras utilizadas para o exame sorológico são urina, líquor, soro; o método para realizar o exame é aglutinação em partículas de látex e ELISA. O exame histológico é baseado na amostra de tecidos, que podem ser coradas através do PAS (Ácido Periódico de Shift), azul alciano, metenamina argêntica, Masson-Fontana e por mucicarmim de Mayer[30]. Amostras de líquor, exsudato, líquido sinovial e fragmentos de tecidos podem ser semeados em meio de cultura sem adição do ciclo-heximida. Muitos isolados de *C. neoformans* são sensíveis a este antifúngico[31,1].

Podem ser utilizadas também técnicas moleculares, porém as aplicações são restritas ao diagnóstico clínico. Essas técnicas são utilizadas em estudos epidemiológicos, na identificação da variedade, do sorotipo e das variações do microrganismo[32]. Ao utilizar a técnica de PCR (Reação em Cadeia da Polimerase) no diagnóstico clínico, verifica-se que a técnica é mais sensível e específica que a cultura e o exame direto, o que a torna uma ferramenta promissora para o diagnóstico[33].

Os pacientes com infecção pelo HIV e com criptococose pulmonar quase sempre apresentam antígenos criptocóccicos séricos positivos[7]. Assim sendo, a análise de antígenos torna-se um exame de screening inicial em pacientes imunocomprometidos com aspectos atípicos da doença. Essa positividade no nível sérico está associada à disseminação sistêmica com maior risco de evoluir com o acometimento do SNC[34].

O estudo com o líquor e o teste de punção lombar também auxilia no diagnóstico, excluindo o comprometimento do SNC[35,36]. A técnica de detecção do antígeno criptococóccico é a aglutinação do látex[37]. A prova do látex tem valor auxiliar, permitindo avaliar a gravidade da infecção, variando sua sensibilidade e especificidade, que geralmente são altas, não descartando hipóteses de falso positivo e falso negativo[38,39].

O diagnóstico da criptococose cutânea pode ser realizado por meio de cultura utilizando aspirados de lesões cutâneo-mucosas, secreções traqueais, secreções prostáticas, urina, fezes, líquido cefalorraquidiano (LCR). Inoculando esse material em agar glucose sabourand acrescido de cloranfenicol, ou ágar BHI acrescido de sangue, incubando a 30°C (30-37°C) entre dois a cinco dias[40]. A cultura e o exame histopatológico são considerados métodos de grande sensibilidade e especificidade[41].

O exame direto consiste na pesquisa do patógeno no material suspeito, como secreções de lesões cutâneo-mucosas, escarro, glânglios, pus e outros[42]. No diagnóstico da neurocriptococose os exames de imagem (Tomografia Computadorizada, Ressonância Nuclear Magnética) não especificam a etiologia da lesão, fazendo com que o diagnóstico só seja possível pelo achado do líquor, através da coloração com tinta-indiana ou pela biópsia de peça cirúrgica com coloração por metenamina de prata ou PAS[25]. A biópsia, cultura de tecido ou sorologia são os métodos mais confiáveis para diagnóstico[43].

Um grupo de pesquisadores da Faculdade de Medicina do ABC paulista, verificou através da prova de reação em cadeia da polimerase (PCR), na meningite criptocócica, seu grande valor de diagnóstico, com sensibilidade de 92,9%, superior à cultura 85,7% e a prova de tinta 76,8%[17]. Podem ser realizados também alguns exames comple-

mentares, como: hemograma: para avaliar leucócitos e linfopenia, como fator predisponente; exame de LCR: podendo haver aumento da pressão inicial, pecilocotose discreta com linfócitos, proteinorraquia moderada e hipoglicorraquia; e provas radiológicas: pulmões e aparelho osteoarticular principalmente para excluir acometimento sistêmico[44].

Tratamento

O tratamento da criptococose é feito a base da anfotericina B (fungistático extraído do *Streptomyces nodosus*), a qual trata todas as formas da doença, desde pneumonia a meningite[10]. A droga age na membrana celular do fungo formando poros e canais, aumentando a permeabilidade da membrana, levando a um desequilíbrio osmótico, e posteriormente morte celular. Pode ser usado também o fluconazol e itraconazol[45].

A terapia com anfotericina B tem sido combinada com flucitosina, devido a sua toxicidade, principalmente para os rins. Essa combinação reduz sua dosagem e duração do tratamento[46,47], e é bastante vantajosa, devido às diferenças nas farmacocinéticas e mecanismos de ação que resultam em sinergismos. Porém, a flucitosina pode causar efeitos adversos como leucopenia e distúrbios gastrointestinais em paciente com SIDA[12].

A anfotericina B tem sido administrada intraventricularmente, devido à sua baixa penetração no SNC. Quando acontecem complicações, é preciso adicionar outras drogas como fluconazol ou flucitosina, esta apresenta excelente penetração no SNC[10]. O tratamento para pacientes com SIDA e meningite criptococócica é realizado em duas fazes: na fase de indução, o paciente é tratado com anfotericina B, associada à flucitosina, e na fase de manutenção, o paciente recebe fluconazol[46,48].

O voriconazol, nova droga derivada do fluconazol, tem demonstrado eficácia *in vitro* contra o *C. neoformans* e alcançam bons níveis no SNC[49,50]. Apesar de o tratamento ser bem sucedido com a anfotericina, flucitosina e fluconazol, existe alguma resistência direta. A flucitocina tem mostrado resistência primária para a maioria dos isolados de *C. neoformans*. E o fluconazol, voriconazol tem aumentado a resistência secundária, devido ao maior uso dessas drogas[51]. Fluconazol é o mais utilizado na terapia de manutenção de pacientes com SIDA, podendo ocorrer recidivas da menin-gite durante o tratamento[52]. A excisão cirúr-gica pode ser uma alternativa de tratamento, quando a lesão é localizada e bem delimitada na pele, osso ou SNC e lesão única maior de 3 cm[44].

CONCLUSÃO

A criptococose ocorre em todo o mundo. Estudos epidemiológicos são de extrema importância, pois a presença ubíqua do patógeno no ambiente indica que a infecção no homem é adquirida de fontes ambientais. No Brasil, acompanha a distribuição da SIDA. Nas regiões sul e sudeste estão concentrados o maior número de casos, sendo endêmica no norte e nordeste do país. É essencial que a população esteja devidamente informada sobre medidas profiláticas, como o controle de portadores, evitando a disseminação do fungo. E em casos suspeitos da doença procurar atendimento médico, para que possa ser identificada e tratada, de forma rápida e eficaz.

LITERARY APPROACH ON CRYPTOCOCCOSIS

ABSTRACT

Cryptococcosis is an opportunistic infection caused by *Cryptococcus neoformans*, which can be found in the environment through the excrements of birds. Its main risk factor is the low cellular immunity, affecting especially immunosuppressed patients. The infection initially affects the lungs and can suffer systemic spread, reaching the central nervous system. The infected person may have meningitis, pyelonephritis, skin lesions, mental and personality changing. The diagnosis is based on microscopic findings, through the direct examination, histology and culture, antifungal is used as a treatment.

Keywords: *Criptococcus*, Lung infection, Cryptococcosis. Immunosuppressed.

REFERÊNCIAS

1. Pedroso RS, Candido RC. Diagnóstico laboratorial da criptococose. Newslab,77ª Ed; 2006.
2. Moreira TA, Ferreira MS, Ribas RM, Borges AS. Criptococose: estudo clínico epidemiológico, laboratorial e das variedades do fungo em 96 pacientes. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2006;39(3): 255-258.
3. Fernandes OFL, Costa TR, Costa MR, Soares AJ, Pereira AJSC, Silva RR. *Cryptococcus neoformans* isolados de pacientes com AIDS. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2000; 33(1):75-78.
4. Pinto Junior VL, Galhardo MCG, Lazéra M, Wanke B, Reis RS, Perez M. Criptococose associada a AIDS. A importância do cultivo da urina no seu diagnóstico. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2006; 39:230-232.
5. Filiú WFO, Wanke B, Aguena SM, Vilela VO, Macedo RCL, Lazéra M. Cativeiro de aves como fonte de C*ryptococcus neoformans* na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2002;35(6):591-595.
6. Ellis L, Marriotti D, Hajjeh RA, Warnock D, Meyer W, Barton R. Epidemiology: surveillance of fungal infections. Med Mycol.2000;1:173-182.
7. Pappas PG, Perfect JR, Cloud GA. Cryptococosis in human immunodeficiency vírus-negative patientis in the era of effective azole therapy. Clin Infect Dis. 2001;33:690-698.
8. Vilchez RA, Linden P, Lacomis J, Costello P, Fung J, Kusne S. Acute respiratory failure associated with pulmonary cryptococcosis in non-aids patients. Chest. 2001;119(6):1865-1869.
9. Casadevall A, Perfect JR. *Cryptococcus neoformans*. Washington: ASM Press;1998.
10. Passoni, LFC. Wood. Animals and human beings as reservoirs for human Cryptococcus neoformans infection. Revista Iberoamericana de Micologia. 1999; 16:77-81.
11. Bovers M, Hagen F, Boekhout T. Diversity of the *Cryptococcus neoformans – Cryptococcus gatti* species complex. Revista Iberoamericana de Micología. 2008;25: S4-S12.
12. Amaro COM. Caracterização de isolados clínicos de *Cryptococcus neoformans* e *Cryptococcus gatti* quanto a susceptibilidade a fluconazol: [Dissertação de Mestrado em Biologia Celular e Molecular]. Porto Alegre: Universidades Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
13. Lengeler KB, Cox GM, Heitman J. Serotype AD strains of *Cryptococcus neoformans* are diploid or aneuploid and are heterozigygous at the mating type locus. Infect. Immun., Washington. 2001; 69: 115-122.
14. Oliveira MT, Barreto DE et al. *Cryptococcus neoformans* shows a remarkable genotypic diversity in Brazil. J. Clin. Microbiol.2004; 42(3): 1356-1359.
15. Casadevall A, Steenbergen JN, Nosanchuk JD. 'Ready made' virulence and 'dual use' virulence factors in pathogenic environmental fungi – the *Cryptococcus neoformans* paradigm. Current Opinion in Microbiology.2003; 6: 332-337.
16. Perfect JR, Wong B, Chang YC, Kwon-Chung KJ, Willansons PR. *Cryptococcus neoformans*: virulence and host defences. Medical Micology.1998; 36(1): 79-86.
17. Lacaz CS, Heins-Vaccari EM, Hernandez-Arriagada GL, Martins EC, Prearo CAL, Corim SM et al. Primary Cutâneous Cryptococcosis due to *Cryptococcus neoformans* var. *gattii* Serotype B, in na Immunocompetent Patient. Rev Inst Med Trop S Paulo. 2002;44(4):225-228.
18. Zanini M, Martins EL, Lacaz CS. Úlcera como primeiras manifestações de criptococose sistêmica em paciente aidético. Méd Cutan Iber Lat Am. 2001;29:92-96.
19. Feldmesser M, Tucker S, Casadevall A. Intracellular parasitism of macrophages by *Cryptococcus neoformans*. Trends in Microbiology. 2001; 9(6): 273-278.
20. Casadevall LA, Rosas AL, Nosanchuk JD. Melaninand virulence in *Cryptococcus neoformans.* Current Opinion in Microbiology.2000; 3: 354-358.
21. Blackstock R, Buchanan KL, Cherniac R, Mitchell TG, Wong B, Bartiss A et al. Pathogenesis of *Cryptococcus neoformans* is associated with quantitative differences in multiple virulence factors. Mycopathologia.1999*;* 147: 1-11.
22. Pinto LIS. A criptococose meníngea em doentes com infecçãoVIH : [Dissertação de Mestrado em Infectologia]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2010.
23. Henry JB. Diagnósticos clínicos e tratamentos por métodos laboratoriais. 20ª ed. São Paulo: Manole; 2008.
24. Lacaz CS, Porto E, Martins JEC, Heins-Vaccari EM, Melo NT. Tratado de micologia médica lacaz. 9ª ed. São Paulo: Savier, 2002.
25. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principales and practice of infectious disease, 5ª ed, Churchil Livingstone. 2000; p.2663-2770.
26. Deibert E, Holland NR. A case of SNC cryptococcosis with Slowly alternating skew deviation. Clin Neurol Neurosurg.1996; 98(2): 192-193.
27. Kumar P, Saran RK, Gondal R, Malhotra V. Smear Morphology of Cryptococcosis Presenting a Subcutaneos Swelling in Heal thy adults: a report of Threecases. Cytopathology. 2005;16:143-146.

28. Franzot SP, Salkin IF, Casadevall A. *Cryptococcus neofarmans* var *grubii*: separate varietal status for *Cryptococcus neoformans* serotype A isolates.J Clin Microbiol. 1999;37:838-840.
29. Gazzoli AF, Pegas KL, Severo LC. Técnicas histopatológicas no diagnóstico de criptococose por *Cryptococcus* deficiente de cápsula: relato de caso. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.2008; 41(1):76-78.
30. Bombassaro MS. Uso de citologia aspirativa com agulha fina para diagnóstico de criptococose: [Monografia da Especialização "Lato Sensu" em clínica médica e cirúrgica de pequenos animais). Campo Grande: Universidade Castelo Branco;2008.
31. Queiroz JPAF, Sousa FDN, Lage RA, Izael MA, Santos AG. Criptococose - uma revisão bibliográfica. Acta Veterinária Brasílica.2008; 2(2): 32-38.
32. Yeo SF, Wong B. Current status of nonculture methods for diagnosis of invasive fungal infections. Clin. Microbiol. Rev.2002; 15: 465-484.
33. Paschoal AC et al. Neurocryptococcosis: diagnosis by PCR Method. Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo.2004; 46: 203-207.
34. Wheat LJ, Goldman M, Sarosi G. State-of-the-art review of pulmonary fungal infections. Semin Respir Infect, 2002.
35. Lara AA, Aguiar A, Santos LN, Fabro AT, Defaveri J, Yoo Bok HH. Criptococose pulmonar em paciente com carcinoma de mama. Boletim Pneumologia paulista.2006; 33.
36. Perfect JR, Casadevall A. Cryptococcosis. Infect Dis Clin North Am. 2002;16(4):837-874.
37. Hill FI, Woodgyer AJ, Lintott MA. Cryptococcosis in a North Island, 1995.
38. Calvo B, Fischman O, Castelo-Filho A et al. Deteccion de antigeno del polisacarido capsular de *Cryptococcus neoformans* en pacientes con SIDA y neurocriptococosis em São Paulo, Brasil. Rev Inst Med. Trop.1991; 33: 485-490.
39. Livramento JA, Machado LR, Nobrega JPS et al. CSF in 85 patients with AIDS and CNS cryptococcosis. Arq. Neuro-psiquiat.1992; 50: 491-496.
40. White MJ, Armstrong D. Cryptococcosis. infect dis clin north am 1994; 8:383-398.
41. Vandermissen G, Meuleman L, Tits G, Verhaeghe A, Peetermans WE. Cutaneous cryptococosis in corticosteroid-treated patients without aids. Acta Clinica Belgica.1996; 51(2):111-117.
42. Martins JEC, De Melo NT, Heins Vaccari EM. Atlas de Micologia Médica São Paulo: Manole, 2005.
43. Leenders AC, Reiss P, Portegies P et al .Lipossomal amphotericin B (Ambisone). Compared with amphofericin B both follwed by oral fluconafole in the treatment of AIDS-associated cryptococcal meningintes –AIDS. Clin Infect Dis.1997; 11: 1463-1471.
44. Bivanco FC, Machado CDS; Martins EL. Criptococose cutânea. Arq Med ABC. 2006;31(2) 102-109.
45. Cichon MA. Suscetibilidade a drogas antifúngicas de isolados ambientais de *Cryptococcus neoformans*, procedentes da cidade de Curitiba e região metropolitana: [Dissertação de Mestrado em Microbiologia, Parasitologia e Patologia]. Paraná-Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2006.
46. Bicanic T, Harrison TS. Cryptococcal meningitis. British Medical Bulletin. 2004; 72:99-118.
47. Lacaz CS, Porto E, Martins JEC, Heins-Vaccari EM, Melo NT. Guia para identificação: fungos, actinomicetos, algas de interesse médico. São Paulo: Sarvier, 1998.
48. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para a terapia antiretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV. Brasília, 2004.
49. Van Duin D, Cleare W, Zaragoza O, Casadevall A, Nosanchuk JD. Effects of voriconazole on *Cryptococcus neoformans*. Antimicrobial Agents and Chemotherapy. 2004; 48(6): 2014-2020.
50. Johnson LB, Kauffman CA. Voriconazole: a new triazole antifungal agent. *Review of Anti-Infective Agents*.2003; 36: 630-637.
51. Perfect JR, Cox GM. Drug resistance in *Cryptococcus neoformans.* Drug resistance Updates.1999; 2:259-269.
52. Mondom P, Petter R, Amalfitano G, Luzzati R, Concia E, Polacheck I et al. Heteroresistance to fluconazole and voriconazole in *Cryptococcus neoformans.* Antimicrobial Agents and Chemotherapy.1999; 43(8):1856-1861.

Artigo de Atualização

ESTUDO COMPARATIVO DE CORTES CORONAIS NEUROANATOMICOS COM RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA – IMPORTÂNCIA DO ACERVO DE CORTES ENCEFÁLICOS DA FAMENE NA PROPEDEUTICA DA MONITORIA DE NEUROANATOMIA

Arlindo Ugulino Netto[1]
Luiz Gustavo Correia Barros[2]
Stênio Abrantes Sarmento[3]

RESUMO
As imagens obtidas por intermédio do exame de ressonância nuclear magnética (RNM), por apresentarem maior capacidade de demonstrar as mais variadas estruturas do cérebro e por proporcionarem uma demonstração de mínimas alterações na maioria das doenças com maior facilidade, têm sido largamente utilizadas para o diagnóstico da maior parte das afecções neurológicas. A interpretação de exames por imagem, qualquer que seja o método radiológico empregado, requer o mínimo conhecimento anatômico da estrutura abordada. Este trabalho tem como objetivo detalhar os métodos de preparação de peças encefálicas em cortes coronais, visando estabelecer um estudo comparativo entre o material que compõe o acervo do laboratório da Faculdade de Medicina Nova Esperança com exames de RNM disponíveis na literatura, ressaltando a importância que o estudo destes cortes neuroanatômicos representa para qualquer instituição de ensino médico. Para o estudo, foi utilizado um encéfalo fixado em formol a 10% sem técnica de coloração específica. Esta peça foi então seccionada através de cortes coronais seriados de espessura de, aproximadamente, 10 mm conforme preconizado pela literatura. Diferentemente do que defendem alguns autores, a preparação de peças anatômicas encefálicas formolizadas sem coloração já é satisfatória para a comparação destes cortes com imagens de RNM de crânio. Observou-se que, ao se realizar a comparação de peças anatômicas com filmes radiológicos de RNM de crânio, é possível uma simplificação do trabalho de quem interpreta as imagens radiológicas, pois permite que se forme uma imagem mais clara mentalmente e ainda pode-se correlacionar tridimensionalmente com mais precisão. Além disso, o laudo radiológico é emitido com mais clareza topográfica e bem fundamentado ajudando no planejamento do tratamento.
PALAVRAS-CHAVE: Monitoria. Ressonância nuclear magnética. Peças encefálicas. Corte coronal. Laudo radiológico.

INTRODUÇÃO

Ao contrário da maioria dos órgãos do corpo, o cérebro não é constituído somente por um ou alguns tipos de tecidos, e sim, por numerosos componentes teciduais, cada um dos quais com importância funcional e suscetibilidade diferente a vários processos mórbidos.

Há alguns anos, apenas os anatomistas e neurocirurgiões conseguiam detalhar a neuroanatomia em seres humanos. No entanto, ocorreram mudanças cruciais que fizeram

[4] Graduando em medicina e monitor bolsista de Neuroanatomia da Faculdade de Medicina Nova Esperança (Famene) – João Pessoa, PB – Brasil. Autor correspondente. Contato: Praça Vilagran Cabrita, 49, Jardim 13 de Maio. 58025-470 – João Pessoa-PB. Tel.: (83) 3225-7434. arlindo_netto@msn.com
[5] Graduando em medicina e monitor bolsista de Neuroanatomia da Faculdade de Medicina Nova Esperança (Famene) – João Pessoa, PB – Brasil.
[6] Neurocirurgião. Doutor em Neurologia e professor da Faculdade de Medicina Nova Esperança (Famene) – João Pessoa, PB – Brasil.

com que os radiologistas e médicos também necessitassem do domínio da anatomia do sistema nervoso central. Dentre tais mudanças, o advento da tomografia computadorizada (TC) e em seguida o surgimento da ressonância nuclear magnética (RNM), incluindo mais recentemente as de alto campo (3,0 TESLA) foram as mais expressivas[1].

A excepcional resolução de contraste, a capacidade multiplanar, a possibilidade de ajustar o exame, a possibilidade de enfatizar as diferentes características teciduais (aquisições em T1, T2, FLAIR) tornam a ressonância nuclear magnética (RNM) a técnica de escolha para a atual avaliação diagnóstica da maioria dos pacientes com afecções neurológicas[2]. Trata-se de técnica de exame não invasivo cuja imagem é formada a partir da interação de alguns prótons com um magneto potente, o que é possível graças a certos prótons sensíveis ao magnetismo e capazes de entrar em ressonância.

Ao serem posicionados em um campo magnético muito potente, uma parcela desses elementos alinha-se na direção do campo, assumindo um movimento com direção e velocidade conhecidas[3], disponibilizado captação desses dados por receptores especiais e a formulação de imagens nos mais diversos planos.

Além disso, o exame de ressonância magnética é seguro e não apresenta complicações ou efeitos colaterais. As únicas possíveis contraindicações para o exame de RM são próteses metálicas, marca-passo cardíaco, clipes metálicos intracranianos (para aneurisma), devido à possibilidade de descolamento de partes ferro magnéticas em um campo magnético potente como o de um sistema de RNM[3].

As imagens de RNM têm maior capacidade de demonstrar diferentes estruturas no cérebro e têm facilidade em demonstrar mínimas alterações na maioria das doenças. As alterações morfológicas são mais facilmente avaliadas do que na TC, bem como há maior sensibilidade para doenças desmielinizantes e processos infiltrativos. É também possível avaliar estruturas como hipocampos, núcleos da base e cerebelo (o qual é de difícil avaliação na TC), cujo estudo torna-se necessário em alguns casos para pesquisa de transtornos mentais[4].

A interpretação de exames por imagem, qualquer que seja o método radiológico empregado, requer o mínimo conhecimento anatômico da estrutura estudada.

Contudo, muitas escolas de medicina ainda não ministram a detalhada neuroanatomia seccionada, de tal forma que o profissional médico que inicia o seu treinamento em neurorradiologia precisa conhecer ou reaprender os parâmetros básicos da neuroanatomia[5]. Segundo Miranda et al (2004), no primeiro ano da carreira de medicina, os docentes se preocupam em conscientizar estudantes sobre a importância da anatomia humana para o futuro dos graduandos; contudo, estas bases anatômicas são pouco valorizadas pelos profissionais em treinamento[6].

O Laboratório de Anatomia da Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa-PB, dispõe de um acervo de peças neuroanatômicas quantitativamente expressivo. Deste acervo, estão disponíveis cortes coronais cujo estudo constitui uma importante base de conhecimento no que diz respeito à interpretação de exames por imagem de RNM durante e depois da graduação.

Este trabalho tem, pois, o objetivo de detalhar os métodos de preparação de tais peças e estabelecer um estudo comparativo entre o material que compõe este acervo e exames de RNM disponíveis na literatura, ressaltando a importância que a confecção, preservação e estudo de cortes encefálicos representa para qualquer instituição de ensino médico.

MATERIAL E METÓDOS

Para a realização da presente pesquisa, foi utilizado 1 (um) encéfalo humano obtido no Laboratório de Neuroanatomia da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE – João Pessoa, PB. O encéfalo utilizado não apresentava lesões traumáticas, nem antecedentes de enfermidades transmissíveis. Não foram critérios de exclusão o sexo e a idade.

A peça anatômica encefálica foi colocada em solução fixadora de formol a 10%, sem técnica de coloração específica e, em seguida, precedeu-se da retirada do couro cabelo com a utilização de materiais cirúrgicos

adequados (tesoura de METZENBAUM curva e reta, cabo de bisturi nº4 etc.). O crânio foi cortado a partir de uma linha que vai da glabela à protuberância occipital externa, passando pela sutura escamosa, com serra.

A manutenção da integridade da hipófise e infundíbulo foi objetivo desta dissecção. Posteriormente, foram retiradas cuidadosamente todas as meninges e os vasos da superfície do encéfalo. Os encéfalos foram então seccionados através de cortes coronais seriados de espessura de aproximadamente 10mm, apoiando-se o material sobre superfície plana, com auxílio de instrumento laminar-cortante, devidamente afiado, através de um único movimento, conforme preconizado pela literatura[7,8,9].

Os pontos anatômicos de corte selecionados para estudo foram determinados a partir da análise estatística de trabalhos recém-publicados na área de neuroanatomia e neurorradiologia. Meneses et al[10] descrevem os "cortes clássicos" no estudo da neuroanatomia, justificado, pois, por evidenciarem as mais importantes formações de substância cinzenta e de substância branca. Os pontos clássicos de corte sugerido são: (1) comissura anterior, (2) fascículo mamilo-talâmico, (3) núcleo rubro e substância negra.

A preparação das peças visou a preservar as características básicas de visualização das seguintes estruturas:

1. Fibras associativas inter-hemisféricas na substância branca: comissura anterior, fascículo mamilo-talâmico (feixe de Vicq d'Azyr), fórnice (corpo e coluna), Corpo caloso (rostro, joelho, tronco e esplênio), cápsula interna (joelho, perna anterior, perna posterior, parte retrolenticular e sublenticular), cápsula externa, cápsula extrema, coroa radiada.
2. Núcleos de substância cinzenta: corpo amigdaloide, núcleo caudado, claustrum, putâmen, globos pálidos, substância inonimada (núcleo basal de Meynert), subtálamo (núcleo subtalâmico), corpo geniculado lateral.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diferentemente do pensamento de alguns autores[10], a preparação de peças anatômicas encefálicas formolizadas sem coloração já fornece um bom detalhamento de núcleos de substancia cinzenta e substância branca. Ainda que a coloração forneça uma maior diferenciação entre substancia branca e substancia cinzenta, por meio do método puro e simples da formolização conseguimos evidenciar as estruturas mais importantes do ponto de vista de diagnostico sindrômico em neurorradiologia.

Outro fator que limita uma preparação técnica de cortes encefálicos com corantes é o custo relativamente mais alto associado às dificuldades rotineiras dessa prática (utilização de materiais pouco acessíveis, tais como autoclaves, dentre outros) com relação à tradicional técnica de formalização.

As imagens radiológicas, mesmo sendo obtidas por exames modernos e de alta definição, não apresentam características fidedignas como as obtidas por meio de uma autópsia cerebral, por exemplo. Cita-se, assim, as imagens radiológicas de fossa posterior obtidas por TC, que são obscurecidas por artefatos ósseos. Daí a importância de se conhecer a detalhada anatomia real de cortes encefálicos em peças cadavéricas para que só então – depois de compará-las com imagens obtidas por exames de RNM – se estabeleçam conclusões acerca da estrutura que se pretende analisar.

A comparação estabelecida entre os cortes recém-preparados e as imagens radiológicas de RNM (Figuras 1 a 6) demonstra a importância do conhecimento da anatomia encefálica seccionada em peças cadavéricas reais. Essa abordagem comparativa possibilita, então, para o estudante de neuroanatomia, entender melhor as imagens radiológicas quando o mesmo for submetido à disciplina de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, no que diz respeito às afecções neurológicas.

CONCLUSÃO

Quando se realiza a comparação das fotografias de peças anatômicas com filmes radiológicos de RNM de crânio, ocorre uma simplificação do trabalho de quem é responsável pela interpretação das imagens radiológicas, pois permite que se forme uma imagem mais clara mentalmente e ainda pode-se correlacionar tridimensionalmente

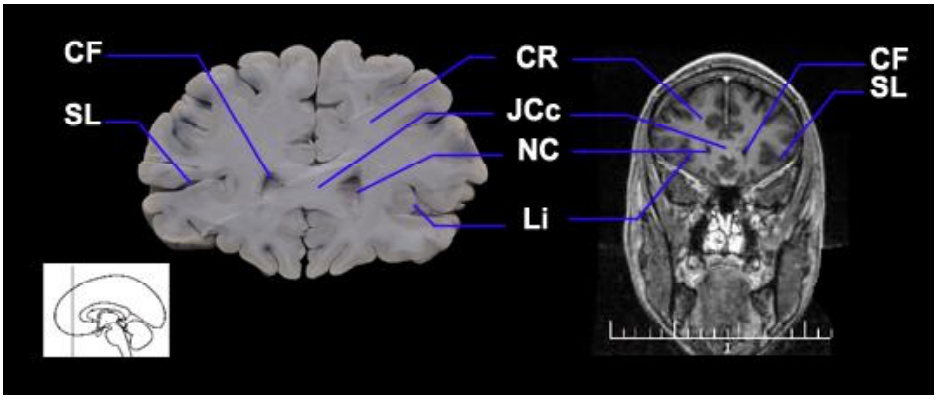
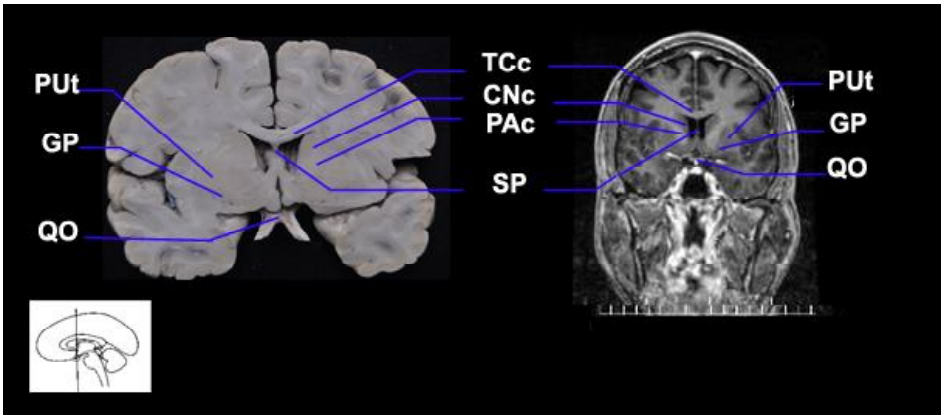


Figura 1. Corte coronal pré-caloso de Jakob, em nível do Joelho do Corpo caloso. Na imagem, se observa JCc. Joelho do corpo caloso; NC. Núcleo Caudado; Li. Límen da ínsula; CF. Corno Frontal; SL. Sulco Lateral; CR. Coroa Radiada.

Figura 2. Corte ântero-capsular de Jakob. Identificam-se TCc. Tronco do corpo caloso; CNc. Cabeça do Núcleo caudado; PAc. Perna anterior da cápsula interna; SP. Septo pelúcido; PUt. Putâmen; GP. Globo Pálido; QO. Quiasma Óptico.



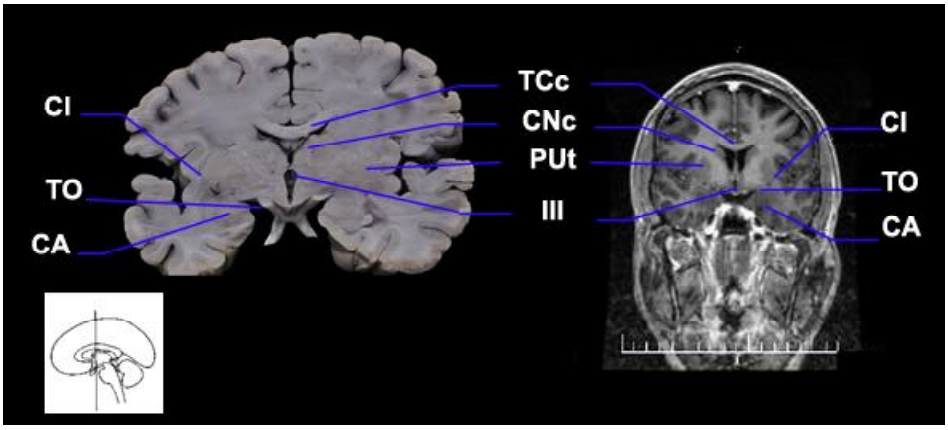
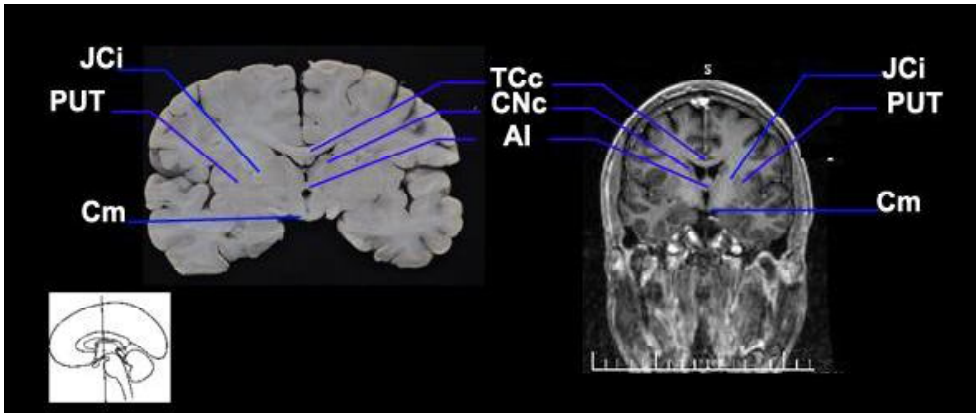


Figura 3. Corte genículo-capsular de Jakob. Descrevem-se, TCc. Tronco Corpo caloso; CNc. Cabeça do Núcleo caudado; PUt. Putâmen; III. Terceiro ventrículo; CI. Claustrum; TO. Trato óptico; CA. Corpo amigdaloide.

Figura 4. Corte póstero-capsular de Jakob. Têm-se, TCc. Tronco do corpo caloso; CNc. Corpo do Núcleo caudado; AI: Aderência intertalâmica; Cm. Corpo mamilar; JCi. Joelho da cápsula interna; PUT. Putâmen.



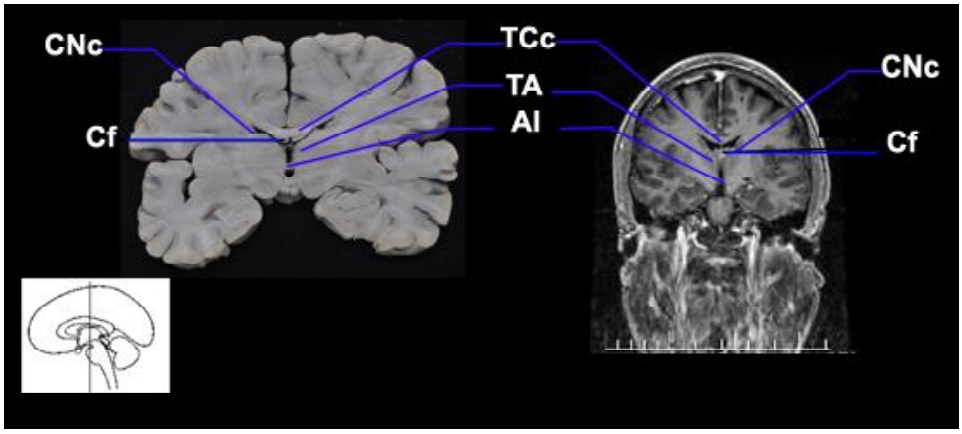


Figura 5. Corte retrolenticular de Jakob. TCc. Tronco do corpo caloso; TA. Tálamo; AI. Aderência intertalâmica; CNc. Corpo do Núcleo caudado; Cf. Corpo do Fórnice.

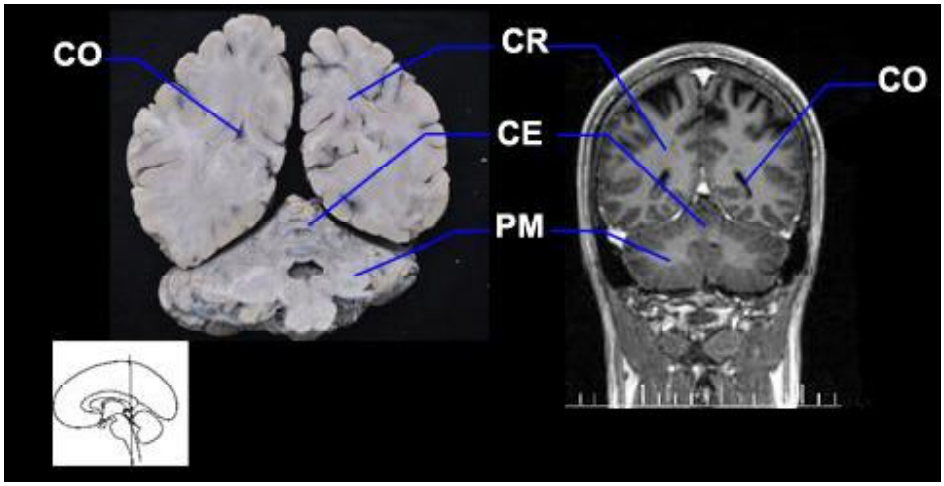


Figura 6. Corte retrocaloso de Jakob. CE. Cerebelo (Vérmis – Lóbulo Central); CR. Coroa Radiada; PM. Pedúnculo Cerebelar; CO. Corno Occipital.

com mais precisão. Além disso, o laudo radiológico é emitido com mais clareza topográfica e bem fundamentado, ajudando no planejamento do tratamento.

Portanto, apenas por meio de um detalhado conhecimento anatômico associado a uma manipulação cotidiana de quaisquer que sejam os cortes encefálicos – que constituem, de fato, os objetivos da monitoria em neuroanatomia, vigente no laboratório da FAMENE –, que se é possível uma maior facilidade em reconhecer parâmetros radiológicos da RNM de crânio e uma mais efetiva objetividade na elaboração de diagnósticos neurológicos. Daí a importância da introdução ao estudo de cortes encefálicos em peças encefálicas reais (cadavéricas), ainda no âmbito da graduação, em qualquer instituição de ensino médico.

COMPARATIVE STUDY OF CORONAL NEUROANATOMIC PIECES BY MAGNETIC RESONANCE IMAGING – IMPORTANCE OF FAMENE'S COLLECTION OF BRAIN'S CORONAL CUTS TO THE NEUROANATOMY MONITORING'S METHODOLOGY

ABSTRACTT
he images obtained through magnetic resonance imaging (MRI) have been widely used for diagnosis in most of neurological disorders because they are more able to demonstrate many different brain structures and provide a demonstration of minimal changes in most of the diseases more easily. The interpretation of imaging requires minimal anatomical knowledge structure studied whatever the radiological method was used. This paper aims at detailing the methods of preparation of coronal brain sections, to establish a comparative study of the material available in the collection of the Faculdade de Medicina Nova Esperança's Anatomy Laboratory with MRI tests spare in the literature, emphasizing the importance of the neuroanatomical study of these cuts for any institution of medical education. For this study, we used a brain fixed in formalin 10% non-specific staining. This brain was then sectioned through the coronal series of thickness of approximately 10 mm as recommended by the literature. In contrast to the opinion of many authors, the preparation of anatomical specimens formalin non-specific staining brain is useful for the comparison of these cuts with images of MRI features. It was observed that it is possible to streamline the work of those who interprets the radiological images when performing a comparison of anatomical specimens with radiological films of head MRI. In addition, the radiological diagnosis is made with more clarity and well-reasoned topographic helping in treatment planning.
KEYWORDS: Monitoring. Magnetic resonance imaging. Brain pieces. Coronal cuts. Radiological diagnosis.

REFERÊNCIAS

1. Amaro Junior E, Yamashita H. Aspectos básicos de tomografia computadorizada e ressonância magnética. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, 2009.
2. Rosa PV, Brunato PMS. Ressonancia Nuclear Magnetica (RNM): principios básicos. ACM arq. catarin. med;22(1/2):13-6, jan.-jun. 1993.
3. Pinto IM et al. Consenso sobre ressonância magnética em cardiologia. Arq Bras Cardiol. volume 65, (nº5),1995.
4. Wright IC, Rabe-Hesketh S, Woodruff PW, David AS, Murray RM, Bullmore ET. Meta-analysis of regional brain volumes in schizophrenia. Am J Psychiatry 2000;157(1):16-25.
5. Brown WD: Brain: Supratentorial central nuclei and tracts. Neuroimag Clin North Am 8(1), 1998.
6. Miranda PD, Muños FLR, Pérez HG. Estudio comparativo de la anatomia con la tomografia axial computadorizada cerebral. Rev. Inst. Med. "Sucre" LXIX. -124 (41-47).2004.
7. Hilderbrand M. Anatomical preparation. Berkeley, University Press, 1968.
8. Jacobowits DM. Human brain slicer: a method for cutting coronal slices of fresh and fixed human brains. Res Bull 1994;33:461-463.
9. Opeskin K. A device for cutting brain slices. Biotech Histochem 1994;59:253-256.
10. Meneses MS et al. Análise comparativa de cortes de encéfalos humanos com coloração por três técnicas diferentes. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo, v. 62, n. 2a, June 2004.

Artigo de Atualização

SAÚDE MENTAL: O NORMAL E O PATOLÓGICO À LUZ DE FOUCAULT E CANGUILHEM

Vilma Felipe Costa de Melo[1]
Cletiane Medeiros Araújo[2]
Saulo Felipe Costa[3]

RESUMO
O tema *saúde* tem sido analisado desde a Antiguidade, no entanto, nem a filosofia, nem a ciência alcançaram um conceito de aceitação universal para a questão. A discussão epistemológica sobre o assunto, intensa entre os pensadores contemporâneos, sequer alcança o consenso de que *saúde* seja um conceito passível de ser definido em termos objetivos, na esfera do campo científico, ou se apenas constitui em experiência vivencial de natureza individual e subjetiva, não redutível ao campo científico, onde o imperativo da generalização é mandatário. Se isso acontece com a questão da saúde em geral, quando se trata da saúde mental, surgem complicações adicionais. Na prática, o estado de saúde mental também é definido, tal como em outras áreas, pela ideia antiga de ausência de doenças, ou ausência de transtornos mentais, mas não se diz, popularmente ou no meio médico, que a pessoa que não apresente transtornos seja uma pessoa mentalmente sadia. Detectam-se tais transtornos pelo comportamento divergente do padrão normal, ou seja, fora do que é estabelecido como normalidade no âmbito social e cultural. Nesse ponto é que surge uma questão importante para o debate filosófico: normalidade poderia ser considerada igual a saúde? E se o padrão normal de comportamentos e atitudes de uma dada sociedade for doentio? E se a sociedade for doente? Definir o que é normal e diferenciá-lo do que é patológico pode ser algo de extrema complexidade, independendo do ângulo de aproximação que se utilize, sendo o entendimento dificultado devido a muitos dos termos usualmente utilizados em tais definições carecerem de um sentido universal no que se refere ao seu uso e a sua aceitação. Todavia, através desse esforço analítico, o presente artigo busca discutir com mais profundidade os conceitos de normalidade e patologia recorrendo aos autores, Foucault em torno da ideia de necessidade social de normas, e Canguilhem a partir da discussão epistemológica de normal e patológico que, desde sua tese de doutorado, é considerado referência sobre o assunto.
Palavras-chave: Saúde mental. Loucura. Filosofia foucaultiana.

INTRODUÇÃO

O tema saúde tem sido analisado desde a Antiguidade, no entanto, nem a filosofia, nem a ciência alcançaram um conceito de aceitação universal para a questão. A discussão epistemológica sobre o assunto, intensa entre os pensadores contemporâneos, sequer alcança o consenso de que saúde seja um conceito passível de ser definido em termos objetivos, na esfera do campo científico, ou se apenas constitui em experiência vivencial de natureza individual e subjetiva, não redutível ao campo científico, onde o imperativo da generalização é mandatário. Se isso acontece com a questão da saúde em geral, quando se trata da saúde mental, surgem complicações adicionais.

Na prática, o estado de saúde mental também é definido, tal como em outras áreas,

[1] Psicóloga, mestre e doutoranda em filosofia pela UFPB. Professora da FACENE/FAMENE. R. Ana da Silva Simão, Nº267, Ernesto Geisel. João Pessoa, Paraíba, CEP: 58075-660. Tel. (83)8866-7422. vilmelopsi@yahoo.com.br.
[2] Mestranda em Ciência Política pela UFPE. Bolsista da CAPES. Tel. (83)8893-0933. cletiane.araujo@bol.com.br.
[3] Mestrando em Relações Internacionais pela UEPB e em Ciência Política pela UFPE. Bolsista da CAPES. Tel. (83)9103-6102. s.felipe@hotmail.com.

pela ideia antiga de ausência de doenças, ou ausência de transtornos mentais, mas não se diz, popularmente ou no meio médico, que a pessoa que não apresente transtornos é uma pessoa mentalmente sadia. Os transtornos mentais não são passíveis até hoje de diagnósticos por exames laboratoriais ou de qualquer outro tipo. Detectam-se tais transtornos pelo comportamento divergente do padrão normal, ou seja, fora do que é estabelecido como normalidade no âmbito social e cultural.

Nesse ponto é que surge uma questão importante e que raramente é abordada com a seriedade necessária. Normalidade poderia ser considerada igual à saúde? E se o padrão normal de comportamentos e atitudes de uma dada sociedade for doentio? E se a sociedade for doente? Através desses exemplos, aliás nem um pouco raros, em que a normalidade é patológica, como é possível se verificar constantemente, pode-se levantar a possibilidade de que: ser normal não é similar a ser sadio, porque a normalidade pode ser doentia.

Nesse sentido, dada a sua significância, torna-se relevante analisar conceitualmente a questão do normal e do patológico. Podendo ser esta considerada a questão básica, inicial e fundadora não apenas quando se trata da loucura, mas de qualquer área de atuação, pois trata-se também de uma questão universal, visto que, de forma explícita ou implícita, é essa consideração que instrui os critérios para se definir, em qualquer que seja a área da atividade humana, o que é normal, o que não é, e em meio ao que não é normal encontra-se o que é patológico. Sendo após tal julgamento que se dão os esforços na procura de restaurar o que é considerado social ou pessoalmente como indesejável.

Portanto, a relevância para este estudo está na discussão dos conceitos de normalidade e patologia contidos na sua formulação teórico-metodológica. Definir o que é normal e diferenciá-lo do que é patológico pode ser algo de extrema complexidade, independendo do ângulo de aproximação que se utilize, sendo o entendimento dificultado devido a muitos dos termos usualmente utilizados em tais definições carecerem de um sentido universal no que se refere ao seu uso e a sua aceitação. Para se examinar as definições de normalidade e patologia com mais profundidade, faz-se necessário recorrer aos autores Foucault[1], em torno da ideia de necessidade social de normas, e Canguilhem[2], a partir da discussão epistemológica de normal e patológico que, desde sua tese de doutorado, é considerado referência sobre o assunto.

Clarificando conceitos

Desde a década de 70, a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde como um estado de pleno bem-estar físico, mental e social, que segundo Karl Jaspers, médico e filósofo notável, tal saúde não existe, afirmando que de acordo com este conceito, todos os seres humanos estão de alguma forma doentes em todos momentos. Tal definição, além de utópica e irrealista, como indica Jaspers, é mais complexa do que parece, eis que nesse conceito a ideia de "bem-estar social" interliga explicitamente as noções de saúde individual e saúde coletiva e, a partir daí, recoloca-se a questão da saúde das sociedades: qual é a possibilidade de atingir-se a saúde individual quando se vive no seio de uma sociedade doente em si mesma?

Todavia, o patológico se define, em primeira instância, como posição contrária à normalidade, ou seja, o que é patológico não é normal. Essa aparente obviedade, sob certo aspecto conceitual repetitivo, e por muitos, acatado como explanação conclusiva para caracterização do estado de patologia, serve unicamente para demonstrar que sem uma definição do que é o normal, não se pode cogitar de saber o que venha a ser o patológico, a não ser por juízo de valor. No entanto, definir o que é normal não esgotará o problema, pois ainda se fará necessário considerar tudo aquilo que, embora não sendo normal, não se caracterizará como patológico (consideração que novamente introduzirá a necessidade de uso de juízos de valor). Portanto, pode-se observar que fugir do padrão de normalidade não é condição suficientemente necessária para se caracterizar o estado de patologia.

Foucault[1] em *Os Anormais,* exemplifica a necessidade mostrada pela sociedade em instauração de normas, colocando que devido à "velha fórmula do Código Penal, artigo 64: não há crime nem delito, se o indivíduo estava em estado de demência no

momento do seu ato"[1:30], onde o papel do psiquiatra não poderia ser o de definir a responsabilidade jurídica do criminoso, e sim, o de constatar se existe nele anomalias mentais que possam ser relacionadas à infração em questão. Para isso é instaurada "uma técnica de normalização que doravante terá de se ocupar do indivíduo delinquente"[1:31].

Foucault ressalta, assim, a emergência na criação das técnicas de normalização para o exame psiquiátrico. Nesse sentido, o que define determinados padrões como sendo os considerados normais é a prevalência de sua ocorrência em determinadas populações, situando-se em equidistância dos casos extremos. Ou seja, algumas vezes o normal é exatamente o que ocorre com mais frequência na sociedade.

A própria definição de normalidade a partir da frequência de determinados fatos, ou condições, observados em certas populações, já introduz o conceito de que aquilo que é normal em dadas sociedades pode ser entendido de forma diferente em outras, a partir de diferenças culturais, o que se acentuará a partir do momento em que a ideia de normal seja entendida como juízo de valor. O que não é normal, não é necessariamente patológico; pode ser meramente anormal: pouco frequente ou menos frequente do que o padrão. Pode-se considerar a gravidez gemelar como exemplo de exceção à regra estatística; embora não seja habitual a gravidez de gêmeos, jamais poderá ser considerada patológica.

De qualquer maneira, a própria supremacia da valorização da norma já induz o entendimento da expressão 'anormal' pelo viés da patologia. Frequentemente, entende-se anormal como deficiente ou patológico.

Quando se refere à loucura, é necessário observar que "quando o patológico entra em cena, a criminalidade, nos termos da lei , deve desaparecer"[1:39]. Através disso, fica claro que, ao menos na psiquiatria jurídica, o patológico precisa ter entendimento bem definido, pois o fato de reconhecer um indivíduo infrator como louco é determinar "sua soltura, no sentido jurídico do termo"[1:40].

Em sua tese, Canguilhem[2] opta por se ater apenas ao estudo das doenças somáticas e inicia desmontando o dogma, bastante difundido no século XIX, de que haveria uma identidade real dos fenômenos vitais normais e patológicos e que as diferenças entre um estado e outro seriam apenas quantitativas, dogma esse que influenciou significativamente a Psicologia.

Na primeira parte de sua tese, Canguilhem levanta a seguinte questão: "Seria o patológico apenas uma modificação quantitativa do estado normal?" Nessa parte ele desenvolve um trabalho de história da ciência com o objetivo de analisar criticamente uma concepção acerca das relações entre o normal e o patológico que foi hegemônica no século XIX e que tomava o patológico como uma mera variação quantitativa do normal.

Essa concepção quantitativa autoriza uma confiança na capacidade de intervenção e resolução do médico, mas ao estabelecer uma linha de continuidade entre o normal e o patológico, para melhor conhecer no intuito de agir melhor, arrisca a perder qualquer especificidade que o último pudesse ter. São examinados alguns autores cuja relevância para esta concepção é assinalada, sendo que dois deles serão personagens frequentes também em outros trabalhos de Canguilhem: Comte e Claude Bernard.

É na segunda parte de sua tese que Canguilhem apresenta e justifica as suas posições na questão do normal e do patológico. Ele realiza isso inicialmente por meio de uma série de contrastes que apresentam a utilidade metodológica de permitir destacar a dimensão avaliativa e qualitativa do que se denomina normal e, por conseguinte, patológico.

Através de uma análise semântica do termo "normal", Canguilhem demonstra uma ambiguidade no seu uso. Ele tanto pode ser usado como se referindo a um fato, tendo um uso descritivo, como pode ser utilizado como se remetendo a um valor, tendo um emprego avaliativo. Ou melhor, "normal" é aquilo que é como deve ser, neste caso seria um valor; ou normal é aquilo que se encontra mais frequentemente ou está na média, seria um fato.

Essa duplicidade de usos é uma fonte usual de mal entendidos, na medida em que os usos se confundem numa mesma circunstância de emprego do termo normal, sem que aqueles que o empregam se dêem conta disso.

A argumentação de Canguilhem vai se

desenvolver no sentido de colocar como primeiro uso do termo normal o uso avaliativo, que é incompatível com uma posição quantitativa, como aquela examinada por ele na primeira parte de sua tese. Uma concepção quantitativa, de continuidade e homogeneidade entre o normal e o patológico, é descritiva na medida em que deve poder informar o quanto de afastamento da posição normal caracteriza o patológico.

O que Canguilhem demonstra é que esse grau de afastamento, mesmo que mensurado de forma científica e precisa, é apenas uma medida, e só pelo recurso a um valor é que se pode avaliar a partir de qual medida de afastamento do normal ingressamos no patológico.

Dessa forma, Canguilhem retoma a inversão realizada na ordem das derivações no que diz respeito à relação entre ciência e técnica ao discutir a concepção de Leriche, de que não há nada na ciência que antes não tenha aparecido na consciência, de certo modo justifica tal colocação quando ele afirma:

> É certo que, em medicina, o estado normal do corpo humano é o estado que se deseja restabelecer. Mas será que se deve considerá-lo normal porque é visado como fim a ser atingido pela terapêutica, ou, pelo contrário, será que a terapêutica o visa justamente porque ele considerado como normal pelo interessado, isto é, pelo doente? Afirmamos que a segunda relação é a verdadeira[2:96].

Dessa forma, o primeiro fato para a existência da medicina advém da experiência do ser humano que considera como patológicos certos estados, apreendidos sob a forma de valores negativos. Canguilhem considera que a atividade terapêutica, elaborada e desenvolvida pelos seres humanos de todas as culturas e épocas consiste numa manifestação específica de um efeito próprio da vida. Segundo Foucault, a normalização tem um poder próprio que interfere tanto no saber médico, como no poder judiciário, se constituindo uma instância de controle do que é anormal:

> Na medida em que constitui o médico-judiciário como instância de controle, não do crime, não da doença, mas do anormal, do indivíduo anormal, é nisso que ele é ao mesmo tempo um problema teórico e político importante[1:52-53].

Foucault, referindo-se à Canguilhem, coloca que a norma não se define como uma lei natural, e sim pelo papel de exigência e de coerção que ela é capaz de exercer onde é aplicada:

> A norma é portadora de uma pretensão ao poder. A norma não é simplesmente um princípio, não é nem mesmo um princípio de inteligibilidade; é um elemento a partir do qual certo exercício do poder se acha fundado e legitimado[1:62].

Canguilhem afirma que a técnica vital não é considerada normativa por analogia com as técnicas humanas de restauração do normal, pelo contrário, é por ser atividade de informação e assimilação que a vida é considerada a matriz de toda a atividade técnica humana. Isto porque a vida não conhece indiferença, a vida é polaridade dinâmica, normal ou patológico, e um efeito espontâneo dessas características, do qual a medicina nada mais é do que uma extensão, é o de lutar contra tudo que constitui obstáculo à sua manutenção e ao seu desenvolvimento.

Em última análise, o valor fundamental é a própria vida. É a vida que torna o normal biológico um valor e não um fato de realidade estatística.

> A evolução da anatomia patológica levou à fisiologia, de modo que a classificação nosográfica encontrou um substrato na decomposição anatômica. Essa evolução resultou na formação de uma teoria das relações entre o normal e o patológico, segundo a qual os fenômenos patológicos nos organismos vivos nada mais são do que variações quantitativas, para mais ou para menos dos fenômenos fisiológicos correspondentes[2:22].

Na França, esse dogma foi exposto, segundo condições e objetivos bem diferentes por Augusto Comte e Claude Bernard. Na doutrina de Comte, baseada no princípio de Broussais, o interesse se dirige do

patológico para o normal, com a finalidade de determinar especulativamente as leis do normal, sendo a doença vista como digna de estudos sistemáticos na medida em que substitui uma experimentação biológica muitas vezes impraticável, principalmente no homem.

Para Claude Bernard, cujas conclusões foram baseadas em uma vida inteira dedicada à experimentação biológica, o interesse se dirige do normal para o patológico, com a finalidade de uma ação racional sobre as doenças. "Em Comte, a afirmação da identidade permanece puramente conceptual, enquanto Claude Bernard tenta precisar essa identidade numa interpretação de caráter quantitativo e numérico"[2:22].

Se o que motiva o pai da medicina experimental é a cura das doenças, a ambição que anima o criador da doutrina positivista é a tentativa de além de codificar os métodos científicos, elevar sua compreensão nosológica à categoria de axioma geral, que poderia inclusive ser estendido ao âmbito social:

> O regime enciclopédico o estenderá sobretudo às funções intelectuais e morais, às quais o princípio de Broussais ainda não foi condignamente aplicado [...] além de sua eficácia direta para as questões biológicas, ele constituirá, no sistema geral da educação positiva, uma vantajosa preparação lógica aos processos análogos para com a ciência final. Pois o organismo coletivo, em virtude de sua complexidade superior, comporta perturbações ainda mais graves, mais variadas e mais frequentes que as do organismo individual. Não tenho medo de assegurar que o princípio de Broussais deve ser estendido até esse ponto, e já o apliquei nesse campo para confirmar ou aperfeiçoar as leis sociológicas[2:29].

O objetivo de Comte, ao estabelecer essa analogia e propor a ampliação do alcance do princípio de Broussais, provavelmente, era defender sua doutrina política e provar que

> a terapêutica das crises políticas consiste em trazer as sociedades de volta à sua estrutura essencial e permanente, em só tolerar o progresso nos limites de variação da ordem natural definitiva pela estática social[2:42].

Canguilhem, citando Claude Bernard, levanta a questão de que o estado patológico pode ser apenas uma modificação quantitativa do estado normal: "O calor animal mórbido e o calor fisiológico só diferem por seu grau, e não por sua natureza"[2:49]. Porque segundo ele, "os fenômenos patológicos são idênticos aos fenômenos normais correspondentes, salvo pelas variações quantitativas"[2:17].

A febre pode ser usada em caráter ilustrativo da investigação naturalista relacionada à questão do normal e do patológico. Pois, mesmo que se considere a febre como um sinal reativo normal e salutar do organismo em determinadas situações nas quais se mobilizam suas defesas e sendo normal que pessoas sadias por vezes apresentem febre, não se pode desconsiderar o caráter patológico de certas febres que podem apresentar resultado mortal.

Então, pode-se afirmar que a febre é uma reação orgânica normal, porém, dependendo de seu grau de intensidade pode matar. Assim, Canguilhem coloca a visão de que a patologia possa residir na intensidade quantitativa do fenômeno que altera a sua natureza: "A distinção entre o normal e o fisiológico e o anormal ou patológico seria portanto uma simples distinção quantitativa, se nos prendermos aos termos de excesso e falta"[2:34].

Como observado, o pensamento positivista exerceu enorme influência nas concepções modernas sobre patologia, pois, a partir do conhecimento alcançado pela medicina sobre a relação saúde-doença, desenvolveram-se diferentes teorias. Em sua tese, Canguilhem coloca que Comte estabeleceu a base positivista conceitual para as análises sobre a normalidade e patologia, à medida que entendia que a doença e a saúde são regidas por leis semelhantes:

> O estado patológico em abso-luto não difere radicalmente do estado fisiológico, em relação ao qual ele só poderia constituir, sob um aspecto qualquer, um simples prolongamento mais ou menos extenso dos limites de variações, quer superiores, quer inferiores, peculiares a cada fenômeno do organismo normal, sem jamais poder produzir fenômenos realmente novos que não tivessem de modo nenhum, até certo ponto, seus análogos puramente fisiológicos[2:31].

Canguilhem assinala contra a formu-

lação de Comte, o fato de esta não oferecer exemplos da medicina e de, ao buscar definir o que é normal, referir-se ao conceito de harmonia, que é um conceito qualitativo, estético e moral.

Além desse fato, ao definir o patológico como mais ou menos que o normal, não precisa as noções de excesso e de falta, atribuindo ao normal um valor, de modo que o normal passa a ser normativo, fazendo com que "um ideal de perfeição paire sobre essa tentativa de definição positiva"[2:36].

Ou seja, para Canguilhem, a tentativa de tornar a patologia e consequentemente sua terapêutica integralmente científica, só teria sentido se fosse possível dar-se uma definição puramente objetiva do normal como um fato, e, além disso, traduzir qualquer diferença entre o estado normal e o patológico em termos de quantidade, exigências que nem a doutrina de Comte nem a de Broussais cumpriram, como coloca Canguilhem: "deve-se constatar que nem Broussais nem Comte preencheram essas duas exigências que parecem inseparáveis da tentativa a qual ligaram seus nomes"[2:36].

No entanto, a perspectiva estabelecida por Claude Bernard, que parte do pressuposto de que uma terapêutica eficaz supõe uma patologia experimental que não se separa de uma fisiologia, traz para sustentar seu princípio geral de patologia, ao contrário de Broussais e Comte, argumentos controláveis, protocolos de experiências e, principalmente, métodos de quantificação dos conceitos fisiológicos. Porém, ainda existe ambiguidade em seu pensamento, pois, confunde qualitativo com quantitativo, confusão que é instrutiva, uma vez que levanta questões como:

> O conceito de doença será o conceito de uma realidade objetiva acessível ao conhecimento científico quantitativo? A diferença de valor que o ser vivo estabelece entre sua vida normal e sua vida patológica seria uma aparência ilusória que o cientista deveria negar? Se esta anulação de um contraste qualitativo é teoricamente possível, é claro então que é também legítima; e se não é possível, o problema de sua legitimidade é supérfluo[2:53].

Portanto, uma saúde perfeita não ocorre, senão como um conceito normativo de um tipo ideal. Afirmar que a saúde perfeita não existe é simplesmente dizer que o conceito de saúde não é o de uma existência, mas sim o de uma norma cuja função e cujo valor é relacionar esta norma com a existência a fim de provocar a transformação desta. Porém, isso não expressa que o conceito de saúde seja um conceito vazio.

Canguilhem afirma que entre o estado normal e o patológico há diferenças qualitativas que não devem ser traduzidas apenas em diferenças quantitativas, defendendo a colocação de que o estado patológico não é um simples prolongamento quantitativamente modificado do estado fisiológico, é completamente diferente.

Foucault coloca a visão dos anormais (dentre eles o louco) como monstros humanos e que todas as técnicas judiciárias ou médicas que vão girar em torno da anomalia no século XIX mudaram, ao longo do tempo, passando o anormal a ser visto como: "no fundo um monstro cotidiano, um monstro banalizado. O normal vai continuar sendo, por muito tempo ainda, algo como um monstro pálido"[1:71].

Canguilhem coloca que a necessidade de restaurar a sequência entre a saúde e a doença é tal que, no limite, a noção de doença se desvaneceria. É a partir do patológico que se decifra o ensinamento da saúde. Com o advento da fisiologia, a doença deixou de ser objeto de angústia para o homem são e se tornou objeto de estudo para o teórico da saúde.

Portanto, o fato patológico só pode ser entendido como alteração do estado normal, ao nível de totalidade orgânica e, quando se trata do homem e de sua totalidade individual consciente, em que a doença se torna uma forma de mal. Abre-se então um descompasso entre o plano da fisiologia e o plano do homem concreto - havendo o risco de a fisiologia fazer uma mistura ilegítima do cálculo abstrato das identidades e a apreciação concreta das diferenças, daí a importância da clínica. Ser doente é, realmente, para o homem, viver uma vida diferente, mesmo no sentido biológico da palavra. A doença é uma forma diferente de vida.

> É de um modo bastante artificial, parece, que dispersamos a doença em sintomas ou a abstraímos de suas complicações. O que é um sintoma,

> sem contexto, sem pano de fundo? O que é uma complicação, separada daquilo que a complica? Quando classificamos como patoló-gico um sintoma ou um mecanismo funcional isolado, esquecemos que aquilo que os torna patológicos é sua relação de inserção na totalidade indivisível de um comportamento individual. De tal modo que a análise fisiológica de funções separadas só sabe que está diante de fatos pato-lógicos devido a uma informação clínica prévia; pois a clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos e não com seus órgãos ou suas funções. A patologia, quer seja anatômica ou fisiológica, analisa para melhor conhecer, mas ela só pode saber que é uma patologia - isto é, estudo dos mecanismos da doença - porque recebe da clínica essa noção de doença cuja origem deve ser buscada na experiência que os homens têm de suas relações de conjunto com o meio[2:65].

O desencontro entre a doença sentida pelo doente e a doença tal como entendida pelo médico ficará mais esclarecido na concepção de Leriche, que leva em conta a opinião do doente, definindo saúde como "a vida no silêncio dos órgãos e doença como aquilo que perturba os homens no exercício normal de sua vida e em suas ocupações e sobretudo aquilo que os faz sofrer"[2:67].

Em outros termos, saúde é a inconsciência do corpo, uma vez que lembramos de determinado órgão de nosso corpo apenas quando este começa a doer. Assim sendo, pode-se dizer que, a consciência do corpo é despertada pelos limites impostos à saúde, ou seja, pela doença, seus sofrimentos e suas dores. Este é um entendimento que Canguilhem endossaria, na medida em que esta é uma definição de doença que deriva do doente e não do médico.

Canguilhem coloca que, ao definir a doença por seus efeitos, Leriche abriu caminho para que o plano da ciência abstrata pela esfera da consciência concreta fosse abandonado. A doença seria então um fato que ocorre ao nível do todo individual consciente, e é um fato que as análises de Leriche tornaram possível qualificar como comportamentos.

Para Canguilhem, a diferença entre a concepção de Leriche e a de seus antecessores é que o primeiro partiu da técnica clínica e cirúrgica geradas pelo estado patológico, uma vez que Comte defendia a independência da biologia teórica em relação à medicina e à terapêutica, enquanto Claude Bernard, mesmo partindo inicialmente da clínica, não dava ao fato patológico a mesma importância teórica que a explicação fisiológica.

Leriche se opõe a tal colocação, para ele a fisiologia é o conjunto das soluções dos problemas levantados pelas doenças dos enfermos. O campo de possibilidades da fisiologia só seria exposto pela doença. As doenças seriam virtualidades da fisiologia, que só poderiam ser conhecidas partindo-se da experiência da doença.

> Há em nós, a cada instante, muito mais possibilidades fisiológicas do que a fisiologia nos faz crer. Mas é preciso a doença para que elas nos sejam reveladas[2:80].

Para Canguilhem, mesmo nos casos em que as doenças podem ser detectadas antes de qualquer sintoma apresentado pelo doente, o diagnóstico só seria possível a partir da manifestação dos sintomas apresentados na clínica. Quem determina o valor da doença é o doente e não um julgamento médico que faz do normal biológico um conceito de valor.

Do ponto de vista da ciência, o médico trata dos fenômenos vitais, mas a definição do que é doença parte muito menos destes, do que da apreciação dos doentes e das ideias dominantes do meio social. Para exemplificar, Canguilhem cita Jaspers: "É o médico que menos procura o sentido das palavras saúde e doença"[2:93].

A ocorrência patológica apenas pode ser assim compreendida ao nível da totalidade orgânica como também da experiência que os indivíduos têm de suas relações de conjunto com o meio. Para Canguilhem, o conceito de normalidade que a medicina e a fisiologia estariam utilizando, seria um julgamento de realidade.

Assim, a medicina só existe porque há pessoas que se sentem doentes e não como um conjunto de procedimentos criados para informar aos indivíduos que eles estão doentes. Este aspecto do debate remete mais precisamente a uma das séries de questões que percorrem toda a tese de Canguilhem, aquela que se refere à relação das ciências e das técnicas.

Embora seja menos explicitamente focalizada do que a outra – a das normas e do normal – o problema das ciências e das técnicas acompanha toda esta parte da argumentação de Canguilhem, na medida em que este afirma que a terapêutica ou a técnica, decorre muito mais de uma condição vivencial, corporificada, e que só secundariamente é recuperada e organizada pelo conhecimento, que é a ciência. Ou, como ele mesmo coloca, não se deve ignorar o fato de que:

> As ocasiões de renovação e de progresso teórico são encontradas pela consciência humana no seu campo de atividade não-teórica, pragmática e técnica. Recusar à técnica qualquer valor próprio fora do conhecimento que ela consegue incorporar é tornar ininteligível o ritmo irregular dos progressos do saber[2:79].

Porém, Canguilhem não concorda com este aspecto do pensamento de Leriche. No entanto, logo em seguida ele será recuperado como um aliado no esforço de encontrar uma concepção qualitativa de saúde e doença como a mais apropriada. Isto se dá pelo exame que aquele faz da experiência da dor.

Se Comte, segundo Canguilhem, estabeleceu os pilares de uma concepção, Durkheim[3] construiu uma outra forma de distinção entre normalidade e patologia. Toda a linha deste autor se pauta na premissa fundamental de que, a partir da observação, a sociedade demarca duas ordens de fatos bastante diferentes: os que realmente são, os que devem ser e aqueles que deveriam ser diferentes do que realmente são, os fenômenos normais e os fenômenos patológicos.

Essas constatações levam Durkheim a estabelecer critérios que possam definir os dois estados e, para isso utiliza-se da oposição saúde-doença, sobre a qual desenvolve uma teoria. Segundo ele, o critério utilizado para a determinação da doença é o sofrimento e a dor. No entanto, ele acha esse critério insuficiente, na medida em que reconhece que os estados de sofrimento, por exemplo: fome e fadiga, são normais. Uma outra forma de se encarar a doença, para este autor, seria a da perturbação da adaptação do organismo ao meio, o que, para ele, no mínimo seria duvidoso, pois, nesse caso, seria necessário estabelecer princípios que definissem o fato de que um determinado modo de adaptação é mais perfeito do que outro.

Esse princípio, entretanto, poderia ser estabelecido em relação às possibilidades de sobrevivência, sendo definindo como estado saudável aquele em que as possibilidades de vida fossem maiores, e como estado doentio o que diminuísse essas possibilidades. Entretanto, Durkheim contesta também tal concepção, alegando que uma série de fenômenos, como a morte necessária na reprodução de algumas espécies inferiores e a velhice, não podem ser considerados como patológicos.

Durkheim considera que tanto os fenômenos biológicos quanto os sociológicos podem ser reduzidos a dois tipos básicos: aqueles que são comuns a toda espécies e os fenômenos excepcionais, que além de ocorrerem em menor quantidade, muitas vezes chegam a durar a vida inteira do indivíduo. Fundamentando-se nesses dois tipos de fenômenos básicos, normais e excepcionais, ele estabelece um tipo médio, que serve como norma genérica da espécie:

> O ser esquemático que resul-taria da união num mesmo ser, numa espécie de individualidade abstrata, das características mais frequentes da espécie e das formas mais frequentes destas características, poder-se-á afirmar que o tipo normal se confunde com o tipo médio, e que qualquer desvio em relação a este padrão de saúde é um fenômeno mórbido[3:114].

Após definir o parâmetro de normalidade, Durkheim afirma que a qualidade do fenômeno, seja normal ou patológico, tem de ser vista em relação à sua frequência. Estabelece, então, três critérios para essa diferenciação:

> 1° Um fato social é normal para um tipo social determinado, considerado numa fase determinada de desenvolvimento, quando se produz na média das sociedades desta espécie, consideradas numa fase correspondente de desenvolvimento; 2°- Os resultados do método precedente podem verificar-se mostrando que a generalidade do fenômeno está

> ligada às condições da vida coletiva do tipo social considerado; 3°- Esta diversificação é necessária quando um fato diz respeito a uma espécie social que ainda não cumpriu uma evolução integral[3:118].

Foucault[4] coloca que, há muito tempo a doença ou fato mórbido, tornou-se lugar comum para a Sociologia e para a patologia mental, à medida que só tem realidade e valor no interior de uma determinada cultura, que a reconhece como tal. Entretanto, ele alega que esta relatividade do fato mórbido nem sempre é explicada de forma clara. E ele cita como exemplo Durkheim, alegando que este tentava explicar a doença através de uma concepção ao mesmo tempo evolucionista e estatística.

Nesse sentido, seriam considerados patológicos, numa sociedade, os fenômenos que, afastando-se da média, marcassem as etapas superadas de uma evolução anterior ou anunciassem as próximas fases de um desenvolvimento iniciado. A esse respeito, Durkheim, nas 'Regras do Método Sociológico', chega à definição do fato mórbido, a partir do estabelecimento do ser esquemático, num tipo médio da espécie: "qualquer afastamento deste plano de saúde é um fenômeno mórbido"[3:114].

Para Foucault, a concepção durkheimiana encara a doença sob um aspecto ao mesmo tempo negativo e virtual:

> Negativo, já que é definida em relação a uma média, a uma norma, a um 'pattern', e que neste afastamento reside toda a essência do patológico: a doença seria marginal por natureza, e relativa a uma cultura somente à medida em que é uma conduta que a ela não se integra. Virtual, já que o conteúdo da doença é definido pelas possibilidades, em si mesmas não mórbidas, que nela se manifestam: para Durkheim, é a virtualidade estatística de um desvio em relação à média[4:73].

Contrapondo-se a essa perspectiva, Foucault não analisa a doença apenas pelo seu viés negativo, ao contrário, ressalta aspectos positivos que subjazem aos negativos, afirmando que:

> de fato a doença apaga, mas sublinha, abole de um lado para exaltar do outro, a essência da doença não está somente no vazio criado, mas também na plenitude das atividades que vêm preenchê-lo[4:24].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base em tais afirmações, pode-se perceber um jogo de complementaridade no qual a negatividade se afirma na presença do seu contrário e circunscreve uma lógica própria. Isto é, retomando às fases anteriores da evolução, a doença faz desaparecer as aquisições recentes e redescobre as formas de conduta ultrapassadas.

A doença apresenta-se não como um retrocesso, mas como um processo ao longo do qual se desfazem as estruturas evolutivas. Nas formas mais benignas, há dissolução das estruturas recentes e, no término da doença ou no seu ponto extremo de gravidade, das estruturas arcaicas.

Para Foucault, portanto, a doença não é um déficit que atinge radicalmente uma ou outra faculdade, havendo no absoluto do mórbido, uma lógica que é preciso desradicalizar, pois ela é, em última instância, a própria lógica da evolução normal.

Foucault visualiza o patológico ou a doença não como uma essência contra a natureza da normalidade, mas como sendo a própria natureza dessa normalidade, em um processo invertido, o qual se apoia numa sociedade que não se reconhece como seu próprio artífice.

As ideias foucaultianas não permitem negar que as sociedades produzem o contexto da doença mental e do doente, respaldada em análises médicas e paramédicas, conferindo-lhes respectivamente, o sentido de desvio ou anormalidade e o status de excluído, diferente ou insano. Projeta suas mazelas na doença do outro e não aceita qualquer vestígio de positividade.

Pode-se observar que, as teorias positivistas postuladas por Comte e Durkheim tiveram por base a biologia, por entenderem

que esta já teria alcançado um alto nível de certeza na designação do normal e do patológico. No entanto, através da comparação com Canguilhem, é possível verificar até que ponto o estritamente biológico pode respaldar a caracterização da doença como um desvio de um padrão mais frequente e, portanto, mais saudável.

O fato de um ser vivo reagir, através da doença, a uma lesão ou uma infestação pode ser interpretado no sentido de que a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, que a vida é polaridade, e exatamente por isso, posição inconsciente de valor, em suma, que a vida é na realidade uma atividade normativa. Dessa forma, o conceito de normal ultrapassa a mera designação de fenômeno frequente, à medida que:

> Uma norma só é a possibilidade de uma referência quando foi instituída ou escolhida como expressão de uma preferência e como instrumento de uma vontade de substituir um estado de coisas insatisfatório por um estado de coisas satisfatório[2:79].

Para Canguilhem, a norma é a referência de uma ordem possível, que permite, ou exige, uma contestação para se fazer norma. Outro conceito a observar, com a evolução do conhecimento científico, é o da excepcionalidade, segundo a qual o fenômeno deixa de ser doença para ser considerado uma condição. No entanto, doença ou condição, a excepcionalidade continua sendo patológica, determinada pelo desvio da média e tendo como paradigma as condições de vida coletiva.

Alguns autores acreditam que a solução poderia estar na distinção entre anomalia (compreendida como desigual ou irregular) e anormalidade, que implicaria referência a um valor. Neste sentido, a anomalia seria qualquer particularidade que se diferenciasse dos traços comuns da espécie. Em relação às anomalias, Canguilhem coloca:

> Não se pensa nas simples variações que são apenas desvios estatísticos; mas nas deformidades nocivas ou mesmo incompatíveis com a vida, ao nos referirmos à forma viva ou ao comportamento do ser vivo, não como fato estatístico, mas a um tipo normativo de vida[2:106].

Assim, mesmo do ponto de vista estritamente biológico, a patologia não se configura como um desvio da média, mas se reporta a valores determinados pelo próprio ato de viver. Se, do ponto de vista estritamente biológico, o conceito positivista de patologia não se sustenta, muito mais se pode dizer com relação à excepcionalidade, à medida que ela é determinada não pela simples diferença biológica, mesmo quando de origem orgânica, mas porque influi na totalidade do homem enquanto indivíduo e membro de um determinado grupo social.

MENTAL HEALTH: THE NORMAL AND PATHOLOGICAL LIGHT FOUCAULT AND CANGUILHEM

ABSTRACT

The health issue has been discussed since antiquity, however, neither philosophy nor science have reached a concept of universal acceptance to the question. The epistemological discussion on the subject, intense among contemporary thinkers, even reaching the consensus that health is a concept that can be defined in objective terms, in the sphere of science, or if it is only in living experience of the individual and subjective nature, not reducible to the scientific field, where the imperative of generalization is representative. If this happens with the issue of health in general when it comes to mental health arise further complications. In practice, the mental health status is also defined, as in other areas, the old idea of the absence of illness or absence of mental disorders, but does not say, popularly or in the medical, the person who does not submit disorders a person is mentally healthy. These disorders are detected by the divergent behavior of the normal pattern, ie, outside of what is established as normal in the social and cultural. At this point there is an important issue for philosophical debate: normality could be considered equal to health? And if the normal pattern of behavior and attitudes of a given society is sick? And if the society is sick? Defining what is normal and to differentiate it from what is pathological can be something of extreme complexity, regardless of the angle of approach we use, the understanding being hampered due to many of the terms commonly used in such settings they lack a universal sense in which refers to its use and acceptance. However, through this analytical effort, this article discusses in depth the concepts of normality and pathology using the authors, Foucault in need around the idea of social norms, and Canguilhem from the epistemological discussion of normal and pathological, since his doctoral thesis, is considered a reference on the subject.

KEYWORDS: Mental health. Madness. Foucault's philosophy.

REFERÊNCIAS

1. Foucault M. Os anormais. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
2. Canguilhem G. O normal e o patológico. 5ª ed. Tradução de Maria Thereza R. C. Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002.
3. Durkheim E. As regras do método sociológico. 2ª ed. Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo: Abril Cultural; 1983. (Série Os Pensadores)
4. Foucault M. Doença mental e psicologia. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2000.

Artigo de Revisão

ASPECTOS MICROBIOLÓGICOS E BIOQUÍMICOS DA CÁRIE DENTAL – UMA REVISÃO DA LITERATURA

Pablo Guilherme Caldarelli[1]
Regina Lúcia dos Santos[2]

RESUMO
Embora marcantes descobertas, nas recentes décadas, tenham ampliado o conhecimento sobre os mecanismos biológicos envolvidos na cárie dental, ainda resta muito a ser aprendido. A doença é multifatorial, de maneira que as áreas que necessitam explorações mais profundas englobam desde a física e a química dos tecidos mineralizados passando pelos processos biológicos de adaptação e maturação, até fatores que afetam os hábitos pessoais do hospedeiro. Apesar disso, já existe um corpo de conhecimento bem estabelecidos advindos das experiências clínicas e de pesquisas, que permite ao profissional da área tratar o assunto em bases lógicas e confiáveis. Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo, através de uma pesquisa exploratória, em livros e em artigos de periódicos, realizar uma revisão da literatura existente a respeito dos principais aspectos microbiológicos e bioquímicos relacionados com o início e a progressão da doença cárie. Assim, certificou-se a importância dos conhecimentos sobre o tema proposto para a prevenção e o tratamento clínico conservador.
Palavras-Chave: Cárie dentária. Microbiologia. Bioquímica.

1 INTRODUÇÃO

A cárie dental é uma decomposição lenta do dente resultante da perda de cristais de hidroxiapatita, essa dissolução da matriz mineralizada faz com que ocorra uma redução da integridade estrutural do dente. A natureza bacteriana desse processo pode resultar numa infecção crônica do elemento dental, com eventual perda deste e do suporte ósseo alveolar[1].

Os conhecimentos atuais suportam a teoria "placa-hospedeiro-substrato", em que a cárie, uma doença infecto-contagiosa de caráter crônico, causada pelo processo de desmineralização da superfície dental por ácidos orgânicos provenientes da fermentação dos carboidratos da dieta, apresenta uma etiologia bacteriana interdependente de (1) sistemas de defesa do hospedeiro, (2) fatores da dieta e (3) microrganismos. Este conceito foi proposto por Paul Keyes na década de 1960 e, em 1988, Ernest Newbrum acrescentou um quarto fator à esta teoria – o tempo – que deve ser considerado em qualquer discussão sobre a etiologia da cárie, modificando assim o diagrama de Keyes [2,3].

Dessa forma, considerando a indispensável participação dos microrganismos no processo de iniciação e progressão da doença, o presente trabalho terá como objetivo realizar, de maneira sucinta, uma revisão sobre os principais aspectos microbiológicos e bioquímicos envolvidos com a cárie dental, fazendo, dessa forma, uma apresentação de uma base lógica

[3] Acadêmico da 4ª Série do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina – UEL. Endereço: Rua Juiz de Fora, 230 – Londrina-PR. CEP: 86062-680. e-mail: pablocaldarelli@uel.br – tel.: (43) 3328-8395 / 99121645
[4] Professora Doutora Associada C do Departamento de Microbiologia da Universidade Estadual de Londrina – UEL.

para a prevenção e o controle clínico conservador.

2 METODOLOGIA

Para se alcançar o objetivo proposto, elaborou-se uma pesquisa exploratória através de um levantamento bibliográfico no acervo da Biblioteca da Universidade Estadual de Londrina, de obras que se tratassem da temática em questão, e em uma Base de Dados em Saúde, LILACS, utilizando-se as palavras-chave. Foram identificadas 36 obras, em idioma português, relacionadas com o tema proposto, sendo: 24 entre livros e capítulos de livros e 12 artigos de periódicos da Base de Dados. Dessa forma, pôde-se verificar textos relacionados ao tema que já foram publicados, e conhecer a maneira como esse assunto foi abordado e discutido em estudos anteriores.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A relação entre cárie dental e bactéria é discutida há muito tempo, onde relatos apontam que, em 1683, Antony Van Leeuwenhoek descreveu, através do uso de uma lente de aumento, a presença "animáculos" em um material esbranquiçado, com consistência de manteiga, encontrado sobre seus dentes quando estes não eram limpos [4]. No entanto, a era científica no estudo da doença cárie teve início em 1890, com os estudos de Miller, isolando, corando e identificando bactérias nos laboratórios de Robert Koch[5].

Seguindo nesta mesma linha de estudos, avaliando clinicamente seus pacientes, também em 1890, Black chamou o acúmulo de substância do tipo gelatinosa de "placa microbiana", e isolou estreptococos desta placa, quando o açúcar estava presente no meio de crescimento[6].

De acordo com diversos autores, um grande número de evidências, tanto *in vivo* quanto *in vitro*, demonstram que as cáries só ocorrem se houver microrganismos. Primeiro, animais *germ-free* somente desenvolvem cáries na presença de bactérias; segundo, bactérias orais podem desenvolver desmineralização do esmalte *in vivo,* e terceiro, estudos histológicos demonstraram bactérias no interior do esmalte e da dentina nas lesões cariosas[1].

Para examinar essa questão, primeiro há que se considerar que existem três tipos distintos de cárie: cárie de esmalte, de dentina e de superfície radicular. A cárie de esmalte pode ainda ser dividida em cárie de superfície lisa e de sulcos e fissuras. A lesão de superfícies lisas tem uma microbiologia bem caracterizada; os microrganismos encontrados com maior frequência nesse tipo de lesão são os cocos facultativos Gram-positivos, especificamente *Streptococcus mutans* e *S. salivarius*[7].

Diversas evidências apontam para o *S. mutans* como agente etiológico primário para esse tipo de lesão cariosa. Tal microorganismo fermenta os açúcares produzindo ácido lático, que tem sido apontado como o responsável pela dissolução da matriz do esmalte. O *S. mutans* também é um grande produtor de dextrana extracelular insolúvel, que permite a adesão das bactérias na superfície do dente. Além do mais, ele apresenta alta afinidade pelos constituintes salivares presentes na película que recobre as superfícies do esmalte dental[8,3].

As cáries de sulcos e fissuras são os tipos mais comuns de lesões nos humanos. Das diversas espécies bacterianas isoladas dessas lesões, as mais encontradas são *S. mutans*, *S. Sobrinus* e relacionados com a progressão da doença os *lactobacilos*[7].

As cáries de dentina exibem algumas diferenças na ecologia microbiana relacionadas à sua localização. O crescimento dos microrganismos ocorre num ambiente muito mais anaeróbico e seus nutrientes são derivados do próprio dente. Os patógenos encontrados com maior frequência nessa região são os *lactobacilos*[9].

A lesão de superfície radicular também se inicia com a colonização da película ligada ao cemento, só que por uma microbiota que se difere, um pouco, daquela presente nas lesões da superfície lisa. Amostras bacterianas da placa de cáries cementárias revelam grande número de *Actinomyces* sp., incluindo *A. viscosus*, *A. naeslundiia* e *A. odontolyticus*[10]. No entanto, estudos mais recentes indicaram que o papel que esses microrganismos desempenham é menor do que o descrito, além de enfatizarem a importância do *S. mutans* e dos *lactobacilos* nas cáries radiculares [11].

Quanto aos aspectos bioquímicos da cárie dental, para Cury, em 2001, os fatores responsáveis pelo desenvolvimento da cárie dental são: o acúmulo de bactérias sobre os dentes e a ingestão frequente de açúcar. Assim, toda vez que açúcar é ingerido, penetra na placa dental onde é convertido em ácido, provocando uma queda instantânea do pH. Atingido os pHs críticos para esmalte (5,5) ou dentina (6,5), esses perdem cálcio (Ca^{++}) e fosfato (PO_4^{---}) sofrendo desmineralização. O pH permanece crítico por um tempo que varia de 20 minutos a horas, e então retorna ao normal. O tempo para haver a reversão do pH depende da forma como o açúcar é ingerido em que período do dia, sendo também relevante a ação da saliva[12].

Logo, a cárie dental pode ser definida como um processo de dissolução do esmalte e da dentina, causada por ação bacteriana na superfície do dente e mediada por um fluxo físico-químico de íons dissolvidos em água. Esse mecanismo se desenvolve da seguinte maneira, quando o equilíbrio mineral da placa está em sua face de desmineralização o esmalte ou a dentina libera íons minerais para o lado da placa.

Pela inversão fisiológica do equilíbrio para o lado da remineralização, os íons que permanecem na lesão ou que possam ser traduzidos de volta à mesma são depositados na forma de sais minerais menos solúveis que os originais, que tornam o esmalte ou a dentina mais resistente a um ataque de desmineralização subsequente.

Se a soma dos efeitos de remineralização se tornarem iguais ou maiores do que a soma dos episódios de ataque, a lesão cariosa residual conterá substância dentária alterada e restos de outros materiais, porém o processo carioso terá sido interrompido e a lesão não progredirá. O esmalte ou a dentina poderá ser, então, considerado como tendo se adaptado ao meio cariogênico[13,14].

Dessa maneira, lesões cariosas de esmalte que tenham as superfícies clinicamente intactas podem ser interrompidas e, muitas vezes, tornarem-se altamente resistentes a ataques subsequentes. Tal adaptação do esmalte em locais de cárie incipiente pode ser intensificada se o ataque cariogênico é minimizado por uma redução adequada na frequência da ingestão de açúcar, ou se for instituída a remoção diária e meticulosa da placa.

A adaptação do esmalte também pode ocorrer na presença de placa e frequência moderada de ingestão de açúcar, se os íons fluoretos tiverem presentes. Da mesma maneira, na dentina, em circunstâncias selecionadas, a lesão não progredirá e as bactérias remanescentes morrerão aos poucos, uma vez que a superfície do esmalte tenha sido selada por restauração ou por selante que servirá de barreira entre o ataque carioso e os tecidos suscetíveis[13,12].

Depois que a cobertura de esmalte tenha sido removida ou perdida, a cárie de dentina poderá interromper sua progressão espontaneamente com a exposição à saliva.

Esse processo poderá ser incrementado com a terapia pelo flúor, com o intuito de reduzir a solubilidade dentinária, ou pela eliminação de açúcar na dieta, pelo prazo necessário para que se reduza o ataque carioso a um nível menor do que a capacidade de remineralização do hospedeiro. Independente dos mecanismos de superfície descritos, a dentina é ainda capaz de respostas adicionais que são mediadas pela polpa[6,12].

4 RESULTADOS

Assim, esta revisão da literatura permite afirmar que a cárie é uma doença infecto-contagiosa, caracterizada por uma dissolução dos componentes do esmalte e da dentina, sendo mediada por uma dinâmica de fluxo de íons presentes na saliva. Além disso, é importante ressaltar que se trata de um processo multifatorial, ou seja, para a instalação da doença é necessária a interação de fatores como: o hospedeiro (dente e saliva), a microbiota (placa bacteriana), o substrato cariogênico (carboidratos fermentáveis) e o fator tempo.

Através de estudos microbiológicos, relatados no presente trabalho, podemos assegurar, também, que a bactéria *Streptococcus mutans* é considerada o principal agente associado com o início e a progressão da lesão cariosa, embora não seja o único envolvido no processo, uma vez que os *lactobacilos* desempenham importante papel na progressão da cárie, mas não em sua etiologia.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, conhecendo alguns dos principais aspectos microbiológicos e bioquímicos relacionados com início e a progressão da cárie dental, podemos inferir que, sendo um processo infecto-contagioso, a prevenção, a diminuição desta contaminação e o seu controle químico-mecânico, através de uma correta higiene oral, utilização de fluoretos e outros meios, devem ser focos de preocupação, quando os objetivos são o controle e a eliminação da doença.

MICROBIOLOGICAL AND BIOCHEMICAL ASPECTS OF DENTAL CARIES – A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT
Although remarkable discoveries in recent decades, have expanded knowledge about the biological mechanisms involved in dental caries, there is still much to be learned. The disease is multifactorial, so that the areas that need deeper explorations range from physics and chemistry of mineralized tissues through the process of biological adaptation and maturation up to factors that affect the personal habits of the host. Nevertheless, there is already a well established body of knowledge, reported in this study originated from clinical trials and research, which allows the healthcare professional treating the subject in logical bases and reliable. This paper aims, through an exploratory, in books and periodicals articles, to review the existing literature regarding the main aspects of microbial and biochemical parameters related to the onset and progression of dental caries. Thus, it was certified the importance of the knowledge on the topic proposed for the prevention and conservative clinical treatment
Keywords: Dental Caries. Microbiology. Biochemistry.

REFERÊNCIAS

1. Nisengard RJ, Newman MG. Microbiologia oral e imunologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
2. Lima JEO. Cárie dentária: um novo conceito. Revista Dental Press Ortodon Ortop Facial. [periódico online]. 2008 [capturado em: 10 ago. 2010]; 12 (6):119-130. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-54192007000600012&lang=pt
1. Newbrun E. Cariologia. 2ª ed. São Paulo: Santos; 1988.
2. Lindhe J. Tratado de periodontologia clínica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1992.
3. Uzeda M. Microbiologia oral. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
4. Buischi Y. P. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. 1ª ed. São Paulo: Artes Médicas EAP – APCD; 2000.
5. Leites ACBR, Pinto MB, Sousa ER. Aspectos microbiológicos da cárie dental. Salusvita. [periódico online]. 2006 [capturado em: 10 ago. 2010]; 25 (2):135-148. Disponível em: http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/lilacs/salusvita/2006v25n2/salusvita2006v25n2p135-148.pdf
6. Menaker L. Cáries dentárias: bases biológicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1984.
7. Bier O. Microbiologia e imunologia. 23ª ed. São Paulo: Melhoramentos; 1984.
8. De Lorenzo JL. Microbiologia para estudantes de odontologia. São Paulo: Atheneu; 2004.
9. Martins VRG, Marques MM. Aspectos microbiológicos, histopatológicos e clínicos da cárie radicular. Rev Inst Ciênc Saúde. [periódico online]. 2009 [capturado em 16 fev. 2011]; 27 (1): 67-72. Disponível em: http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20100500/968.pdf
10. Cury J.A. Uso do flúor e controle da cárie como doença. In: Odontologia Restauradora - fundamentos e possibilidades. São Paulo: Santos; 2001.
11. Cury JA. Controle químico da placa dental. In: ABOPREV - Promoção de saúde bucal. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1997.
12. Stamford TCM, Pereira DMS, Alcântara LC, COUTO GBL. Parâmetros bioquímicos e microbiológicos e suas relações com a experiência de cárie em adolescentes sadios. Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil. [periódico online]. 2006 [capturado em 10 ago. 2010]; 5 (1): 71-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000100009&lang=pt

Artigo de Revisão

O PROFISSIONAL DE SAÚDE FRENTE À IMINÊNCIA DA MORTE EM PACIENTE TERMINAL

Patrícia Geysiane Santos dos Anjos[1]
Poliana Lira Cavalcanti[2]
Tatiane Guedes Ferreira Cordeiro[3]
Edvânia Bento Costa[4]

RESUMO
O tema que se descortina ainda é rodeado de estigmas visto que a morte ainda gera ansiedade à maioria das pessoas, e por isso algumas pessoas não se sentem a vontade para falar sobre o assunto. Porém, mostra-se extremamente relevante, quando analisado o impacto social da morte e as repercussões causadas pelo temor desta, na vida do paciente tido como terminal, bem como na vida dos que o cercam. O profissional de saúde necessita compreender a morte enquanto parte da condição de se estar vivo, sem tentar superá-la nem encará-la como um desafio, para, assim, conseguir trabalhar com paciente frente à iminência de morte. Esta pesquisa tem como escopo a discussão da importância da conscientização do profissional de saúde quanto ao processo de morte, com o intuito de evitar o sofrimento psíquico e emocional dos familiares, dos pacientes em fase terminal e dos próprios profissionais, permitindo também maior aprofundamento sobre essa temática. Optou-se por uma revisão bibliográfica através da consulta em base de dados, livros e artigos publicados. Torna essencial compreender, avaliando essa difícil missão do profissional da área de saúde, de conviver diariamente com a real possibilidade da morte. Geralmente, o profissional considera que sua tarefa terminou quando nada mais pode fazer pela unidade orgânica viva, mas é exatamente essa a ocasião para nos lembrarmos que, diante de uma pessoa e diante da experiência–limite da existência, têm-se muito a fazer. É de suma importância que todo o profissional esteja preparado quando assiste o paciente terminal, tendo por meta a visão integrada do homem.
Palavras-chave: Morte. Profissionais de saúde. Paciente terminal.

INTRODUÇÃO

Diante de nossas experiências vivenciadas em um serviço de *Home Care* e em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi possível observar a angústia dos profissionais de saúde essencialmente cuidadores, em assistência aos pacientes crônicos graves, geralmente idosos e com sequelas, sendo que a maior parte desses tem comorbidade, entendida como a presença simultânea de múltiplas doenças crônicas sem prognóstico favorável.

Contemporaneamente existe bastante exigência quanto aos profissionais de saúde, requerendo mais do que um conjunto de conhecimentos técnico-científicos, ele será parte "integrante" da família convivendo com seus anseios e medos diariamente. É essencial, por exemplo, que este tipo de profissional possua equilíbrio emocional suficiente, a fim de que

[5] Fisioterapeuta graduada pelo UNIPE/PB; Pós-graduanda em Fisioterapia Cardiorrespiratória – Fac. Redentor/PE; e-mail: patriciagdosanjos@hotmail.com.
[6] Fisioterapeuta graduada pelo UNIPE/PB; Pós-graduanda em Fisioterapia Cardiorrespiratória- Fac. Redentor/PE; e-mail: poliana_lcavalcanti@hotmail.com.
[7] Fisioterapeuta do Complexo Hospitalar de mangabeira Tarcísio Burity. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela Redentor/PE. Sanitarista e especialista em Saúde da Família pela FIP/PB. e-mail: tianeguedes@hotmail.com. R. Major Salustino Ribeiro, 189 b. Tambauzinho. Cep: 58042-090. João Pessoa –PB. Tel:(83)8812.3666.
[8] Fisioterapeuta gestora do Centro de Atenção Integral à Saúde – Cais Magabeira. Especialista em Saúde da Família pela FIP/PB. Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. email: edvaniabnt@gmail.com.

possa equacionar o binômio habilidades versus atitudes relacionais desenvolvendo competência interpessoal conjuntamente com a capacidade de liderança valorizando, assim, o seu desenvolvimento espiritual que, em alguns momentos, perpassa até mesmo o foro religioso que se torna baliza de desenvolvimento profissional.

Diante desse contexto, será que os profissionais de saúde, essencialmente os cuidadores, estão preparados espiritualmente para lidar com esses doentes e conviver diariamente com seus familiares com o intuito de minimizar o sofrimento psíquico e emocional dos mesmos e até do próprio profissional?

O presente artigo tem por escopo a discussão, com base na literatura pesquisada sobre a morte, o paciente terminal e de como o profissional de saúde enfrenta a morte de seus pacientes descortinando com este estudo a postura que o profissional deve apresentar perante o ser doente.

O fim da vida pode ser visto como um mistério ou como um absurdo inaceitável. Pode até ser tratado como um tabu, assunto do qual a maioria das pessoas não gosta de falar, evitando a todo custo. Mas, seja como for, aceitemos isso ou não, a morte é um fato, uma realidade inflexível. E que vem para todos nós, por mais que queiramos nos esconder dela[1,2].

A aproximação da morte e a doença em fase terminal não é apenas um fato biológico, mas abarca a dimensão social. Cada cultura e sociedade, na sua evolução histórica, exprime formas diferentes de vida que traduzem e espelham as concepções hegemônicas da morte[3]. O processo de morrer é caracterizado como um momento de dor e sofrimento, vivido de forma única, singular e subjetiva[4].

O tema morte na Antiguidade era encarado com naturalidade. Entretanto, nos dias de hoje a morte é um assunto proibido e negado, o que faz com que tal tema seja repelido de nossas mentes, e que prevaleça a lei do silêncio[5].

Nesse sentido, Maranhão[7] e Marcílio[8] argumentam que, há cerca de cinquenta anos, o homem alterou significativamente sua visão de morte, podendo-se considerar que houve uma abrupta ruptura da história e uma rápida mudança em relação aos pensamentos e sentimentos inerentes a ela. Acabaram-se os rituais de despedida nos leitos, o momento de acerto de contas com a vida, a presença do sacerdote para dar a extrema-unção, as crianças foram afastadas do cenário do velório, e privadas de viverem o luto e não se ouviu mais falar dos testamentos [1,7,9].

Historicamente a morte passou a ser e um fracasso para o profissional de saúde. Saiu dos domicílios, rodeada pelos familiares, adentrando os hospitais, que estão cada vez mais preparados com alta tecnologia para tratar o enfermo[1,2,9,10].

A morte é agora institucionalizada e medicalizada. Encontram-se nos hospitais aparelhos de alta tecnologia que são utilizados para manter o organismo do paciente em funcionamento e os profissionais são treinados para manipulá-los, porém sem preparo para assistir às reais necessidades do paciente e de sua família.

Nas palavras de Maranhão[7], a tecnologia prolonga a vida dos doentes, mas não os ajuda no processo de morrer, sendo o doente terminal marginalizado socialmente, porque deixou de ser funcional. Segundo Campos[11] é esperado que o hospital atenda à população de forma rápida e eficiente, utilizando-se de recursos técnicos de alta tecnologia, promovendo a cura e a promoção da saúde.

Na Antiguidade, o hospital era o local reservado para tratar pessoas portadoras de doenças contagiosas, isolando-as do restante da população, considerando-as como uma espécie de depósito em que se aglomeravam doentes, destituídos de recursos; com intenção mais social do que terapêutica[11]. Hoje em dia, cabe ao hospital proporcionar a manutenção do bem-estar físico, social e mental do homem[11]. Ao citar Lima Gonçalves, Campos[11] salienta que o hospital representa a batalha do homem contra a morte, tendo por objetivo reabilitar e promover saúde.

A maior parte dos profissionais de saúde “aprende” que o paciente no hospital não deve saber que vai morrer e ocultar dele que seu estado é grave e que irá morrer, é considerado um ato de piedade[5].

Devemos levar em consideração que a complexidade das várias facetas da perda e da dor é indefinível. Partindo do pressuposto que cada indivíduo sofre diferente e é um sofrer único, cabe aos profissionais da área da saúde interagir e estabelecer empatia com os pacientes do sofrer, essencialmente aqueles que considerados terminais.

O paciente em estágio terminal tem íntima relação com aqueles com doenças crônicas, visto que toda doença crônica traz a perda da condição de sadio para o indivíduo. Em toda perda que nos acontece, é necessário um processo elaborativo, que também é acompanhado por um enlutamento, ou seja, o luto pela perda da saúde. Tal luto pode ser mais difícil para algumas pessoas do que a perda de um parente ou da própria vida.

O processo de perda também pode ser conceituado em três tarefas distintas, ou seja, que a perda seja cognitivamente aceita; que a perda seja emocionalmente aceita e que os mecanismos internos da pessoa e o mundo externo sejam alterados para se harmonizarem à nova realidade[12].

Mas quem é o ser terminal? Este é um conceito que gera grande controvérsia, entretanto, diversos autores, consideram como paciente terminal aquele que vai morrer num período relativamente curto de tempo, independente das ações médicas que são colocadas em prática. Mas como enfrentar essa realidade tão temida? Como amenizar o sofrimento destes pacientes e suas famílias, bem como dos profissionais que lidam diretamente com esses temores? Como assegurar uma despedida ao doente e ajudar a família a enfrentar a perda.

O paciente em iminência de morte é aquele que está em fase terminal de uma doença, onde o esperado passa a ser o óbito, independentemente da terapêutica utilizada, sendo esta neste momento mais paliativa e não tendo a expectativa de cura[13,14].

A psiquiatra suíça Elizabeth Kubler-Ross foi pioneira no trabalho com pacientes em iminência de morte. Ela começou a buscar compreensão sobre o processo de morte e morrer na década de 60 do século passado. Em seu trabalho "Sobre a Morte e o morrer"[4], descreve as fases vivenciadas pelos pacientes sem possibilidades terapêuticas e as preocupações expressas em relação às suas mortes. Segundo a autora, embora cada paciente passasse por momentos distintos, eles acabavam vivendo de forma semelhante, o que foi denominado de "estágios de morrer".

Ao se descobrirem vítimas de doenças graves, ou ameaça de morte, mesmo as pessoas mais fortes e bem informadas, são colhidas por graus diversos de angústia, dúvidas e desespero. Percorre, então, cada uma à sua maneira, fases que podem levar ou ao enfrentamento e à colaboração ou à desistência[4].

Sabemos que muitas vezes o profissional de saúde encontra-se despreparado para lidar com a morte de seus pacientes, pois este acontecimento é contrário ao seu poder de cura.

Essa realidade nos leva a repensar a necessidade de humanização dos hospitais, para que este profissional seja preparado para lidar não só com os medos, frustrações e ansiedades de seus pacientes e familiares, mas principalmente com os seus sentimentos de impotência, para que assim seja capaz de adotar atitudes humanas que garantam a dignidade do paciente e uma vida com a melhor qualidade que as circunstâncias permitam, independentemente do tempo que resta.

É importante que o profissional de saúde saiba reconhecer essas reações, que podem ser observadas não só no paciente, mas também em seus familiares, e que essas não ocorrem necessariamente em uma ordem exata, e assim, podem avançar para o estágio seguinte ou regredir, podendo também permanecer em um mesmo estágio durante todo o processo do adoecer[4].

Todas essas defesas devem ser trabalhadas, visando a resgatar a autonomia do paciente, e juntamente com a família, buscar realizar as melhores atitudes através da luta pelo tempo e qualidade de vida, dentro de uma nova condição de ser de uma vida o mais próximo possível da normalidade.

Para o profissional de saúde é de extrema importância conhecer os estágios pelos quais os pacientes em iminência de morte passam, pois assim ele pode melhor compreendê-los, planejando a assistência que lhes será prestada, buscando auxiliá-los em suas reais dificuldades.

De posse do conhecimento desses estágios, torna-se muito mais cômodo para o profissional de saúde lidar com o turbilhão de sentimentos que afloram nessas situações, ajudando-o na compreensão e na transitoriedade dos mesmos, bem como respeitar cada momento vivido pelo paciente, sem julgá-lo e sem lhe impor sua perspectiva[4,5].

Kovács[2] menciona que os médicos são treinados apenas para curar, e na tentativa de burlar o medo da morte, despersonalizam

o paciente, transformando-os em órgãos, ossos, sangue etc. Siqueira-Batista e Schamm[14] comentam que, desde cedo, o estudante de medicina é moldado para ver a morte como "o maior dos adversários", que deverá ser sempre combatido e, se possível, vencido, graças à melhor ciência, ou competência, disponível.

Kovács[1] afirma que o papel da enfermeira é assistir ao doente, promovendo sua recuperação, ajudando-o a fazer o que ele não tem condições de realizar só, apesar desse profissional receber apenas treinamentos técnicos e práticos, a diferença básica entre as outras pessoas em geral e os profissionais da área da saúde, médicos, enfermeiras e psicólogos, é que na vida desses, a morte faz parte do cotidiano e pode se tornar sua "companheira" diária de trabalho.

Segundo Chiattone[5], a equipe de saúde que atua junto aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, deve ser caracterizada pelo apoio, compreensão e principalmente pela capacidade de perceber as diferentes situações pelas quais passam esses pacientes. Assim, Chiattone[15] afirma que o enfoque ideal ao paciente doente, seja agudo, crônico, terminal ou gravemente enfermo deve partir de um ponto de vista holístico, global e interdisciplinar, considerando que é impossível considerar esse evento como um processo fisiológico à parte, sem relação com o ser doente, com o seu ambiente, com a doença que encaminha para a morte, com as intricadas relações familiares e com o complexo ambiente médico e humano em que é realizado o tratamento.

Em nossa cultura, onde a morte é entendida como perda irreparável, defrontar-se com esse assunto é por demais desconfortável, apesar de ser inevitável, pois na realidade hospitalar, por muitas vezes, o médico defronta-se com a decisão a respeito da manutenção ou não da vida ou sobrevida de pacientes sem prognóstico de cura[14], e talvez um dos assuntos mais controversos e, portanto, polêmicos na prática médica seja a situação limítrofe em que o médico vive, para que decida sobre a manutenção da vida, de forma artificial, do pacientes em iminência de morte[10]. Pois a família, com medo de perder o doente, responsabiliza os médicos pelas suas vidas. Esses por sua vez, preparados para curar e manter vivos seus pacientes, acabam deci-dindo sozinhos sobre o seu destino, ou seja, manter o corpo vivo, conforme a vontade da família, ou desligar os aparelhos quando avaliam a ausência de recursos para a recuperação da vida[1,2].

Em um estudo para verificar as atitudes de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem no que concerne à morte e à recusa ou suspensão de tratamentos fúteis ou inúteis, observou-se uma tendência desses profissionais de saúde se sentirem angustiados ao falar sobre a morte, principalmente de seus pacientes, terem dificuldade de aceitá-la e concluíram que o tema devereria ser mais debatido[16].

No livro "Morte e Desenvolvimento Humano", Kovács[1] ressalta que trabalhar com o sofrimento ou a perda de significado da existência dos pacientes pode despertar nos profissionais as mesmas vivências, ferindo o seu narcisismo e sua onipotência, colocando-o diante do incompleto e do não terminado. A autora menciona que o médico, muitas vezes, não se permite conhecer os seus sentimentos em relação à morte, o que pode ser observado pelo fato deles delegarem a outras pessoas os cuidados que devem ser dispensados aos pacientes na iminência de morte.

O atendimento a pacientes terminais, ou melhor, em pessoas perto do final de suas vidas, pode representar uma situação de extrema dificuldade para os médicos[17], apesar do fato da morte ser um evento inexorável para os seres vivos. Portanto, os profissionais da saúde devem entender que a morte é uma consequência natural da vida e não um fracasso do tratamento médico.

Nesse sentido, Angerami [18] concorda com Maranhão[7] e ressalta que humanizar as condições de vida do doente terminal é acima de tudo buscar uma congruência maior em todo o seio da sociedade, harmonizando a vida e a morte de maneira indissolúvel. Somente assim poderemos assegurar aos nossos descendentes a condição de uma morte e vida dignas. A morte precisa ser vista como sendo um processo onde a esperança se funde com uma perspectiva existencial sem exclusão de qualquer uma das possibilidades de existência.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo representa uma pesquisa de revisão literária, onde foram utilizadas fontes como artigos de periódicos, revistas especializadas, livros, teses, e bases de dados *on line*, entre os meses de maio de 2009 a dezembro de 2009. Para isto foram utilizadas as seguintes palavras-chave: morte, profissionais de saúde, paciente terminal.

Após levantamento bibliográfico, realizou-se a leitura exploratória do material encontrado. Com isso, pôde-se obter visão global do conteúdo do material, considerando-o de interesse ou não à pesquisa.

Ao final, foram delimitados os textos a serem interpretados, bem como realizada a análise e síntese integrativa para estabelecer relação aberta com o texto, permitindo que ele se revelasse em suas intenções.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O ser humano sente a morte como uma inimiga ou adversária e tenta, a todo custo, vencê-la. Nessa luta, tem conseguido, com os avanços tecnológicos, prolongar a vida com qualidade. O desenvolvimento tecnocientífico permitiu a cura de pacientes considerados anteriormente irrecuperáveis, entretanto, em muitos casos, permitiu também o prolongamento do morrer[3].

Conforme Siqueira-Batista e Schramm[14] o estudante de medicina é moldado para combater com todas as forças a morte. Por se tratar de uma questão tão delicada, o profissional de saúde precisa estar preparado para enfrentar a morte, quando esta for inevitável, uma vez que quando se aproxima o momento final da sua ocorrência, o papel fundamental do profissional consiste em assegurar ao paciente uma morte menos sofrida, mais serena, e uma preparação adequada, não só para ele, mas sobretudo para a família, ou seja, deverá ajudar o seu paciente a morrer humanamente, enquanto ajuda a viver um pouco mais, de forma respeitosa e caridosa, ao tempo em que deve ser solidário na dor e no desespero da família que sofre.

Acredita-se que a filosofia dos cuidados paliativos possa ser adotada com o intuito de mudar a realidade da assistência aos pacientes em iminência de morte. Essa modalidade de cuidado pode proporcionar reflexões e aproximar o profissional do processo de morte e morrer de uma forma mais natural e com menos impacto[14].

Em muitos casos, o profissional julga que sua tarefa terminou quando nada mais pode fazer pela unidade orgânica viva. Mas é exatamente esta a ocasião para lembrar que, além dos aspectos biológicos que condicionam a fatalidade do fim do organismo, estamos, sobretudo neste momento, diante de uma pessoa e diante da experiência–limite da existência. Essa dimensão propriamente humana do paciente aparece, então, com uma nitidez e uma força por vezes até inibidoras.

Não é possível uma relação de familiaridade com a morte. Por mais que se conviva com ela, a morte só parece natural para quem a define apenas como o término objetivo das funções vitais. Mas essa terminalidade no ser humano não é somente a cessação da funcionalidade bio-psíquica: é a consciência do fim da vida que traz, seja qual for a maneira como se interpreta a situação, algo de angústia e de mistério, de profunda intimidade consigo mesmo e de inevitável solidão[18].

O profissional “treinado” pra curar e salvar vidas sente-se angustiado ao reconhecer que a sua profissão lhe obriga a conviver com a morte. Embora seja reconhecida a dificuldade dos profissionais da saúde, de aceitarem a terminalidade das doenças e a inutilidade de certos tratamentos, é essencial que estes profissionais aceitem a morte do paciente sob seus cuidados[17].

Há então a necessidade de encaminhar os profissionais de saúde e educação para uma formação que lhes permita enfrentar o processo de morte com uma melhor preparação para contribuir e amenizar o sofrimento diante desse fenômeno[19].

Há diversas maneiras de enfrentar a morte e seu significado, tanto para os profissionais de saúde, como para os familiares. A maneira mais confortante é através da crença em um novo começo ao partir desse plano, através da religião. De acordo com Boff[20], a espiritualidade é algo muito importante e amplo no que se refere a uma determinada prática religiosa, na sua essência, consiste na busca de um sentido maior de transcendência da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de saúde precisam compreender a morte como um acontecimento factível e como uma questão existencial pertinente a todos. Eles necessitam ser aparados para vencer o medo que sentem, a aceitá-la e, assim, aprender a trabalhar com os pacientes que estão em iminência de morte de maneira harmoniosa e com menos receios, para conseguirem ajudá-los nas suas necessidades[14].

Cabe destacar a importância deste trabalho, o qual visa a proporcionar maior discussão sobre o tema da morte, tentando minimizar os seus pontos controversos, direcionando sua abordagem para um enfoque centrado no ser doente e na adoção de medidas que diminuam o impacto na vida deste indivíduo, proporcionando-lhe uma melhor qualidade de vida durante seus últimos momentos. Além disso, compreender a temática e revelar a difícil tarefa de prestar assistência a um paciente crônico grave em sua iminência de morte.

É essencial que todo o profissional de saúde esteja preparado emocionalmente e espiritualmente quando assiste o paciente crônico provido de incapacidades e dependência, tendo por meta uma visão integrada do homem.

THE HEALTH PROFESSIONAL FRONT THE IMPENDING DEATH TERMINAL IN PATIENT

ABSTRACT
The theme that unfolds is still surrounded by stigma since the death still causes anxiety for most people, so some people do not feel comfortable to talk about it. But it shows extremely relevant when analyzing the social impact of death and the repercussions caused by this fear, in life the patient had terminal as well as the lives of those around them. Health professionals need to understand death as part of the condition of being alive, without attempting to overcome it or see it as a challenge, so get to work with the patient facing imminent death. This research has the scope to discuss the importance of awareness of health professionals about the dying process, in order to avoid mental suffering and emotional relatives of terminal patients and their own professional system, allowing greater depth about this theme. We opted for a review through consultation in the database, published books and articles. Therefore it becomes essential to understand it, this difficult task of evaluating health care professional to live daily with the real possibility of death. Generally, the profession believes that his task ended when nothing else can do for organic unity alive, but this is exactly the occasion to remind us that, before a person before the limit-experience that there have been plenty to do. It is critical that all professionals are prepared when attending the terminal patient, with the goal of integrated vision of man.
Keywords: Death; Health professionals; Terminal patiente.

REFERÊNCIAS

1. Kovakcs, MJ. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
2. Kovacks, MJ. Morrer Com Dignidade. In: Carvalho, MMMJ, organizador. Introdução á psiconcologia. Campinas: Livro Pleno, 1994.
3. Martins, JS. A Morte e os Mortos na Sociedade Brasileira. São Paulo: Hucitec, 1983.
4. Kübler-Ross, E. Sobre a morte e o morrer. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
5. Chiatotone, HBC. A criança diante da morte. IN Angerami, VA, organizadora. E a Psicologia Entrou no Hospital. São Paulo: pioneira, 2001.
6. Spíndola, T; Macêdo, MCS. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 1994: 47 (2): 108-117, abr./jun.
7. Maranhão, JLS. O Que é Morte. 4ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1992
8. Marcílio, MLA. A Morte de Nossos Ancestrais In. Martins, JS. A Morte e os Mortos na Sociedade Brasileira. São Paulo: Hucitec, 1983.
9. Áries, P. História da Morte no Ocidente: da idade média aos nossos dias. Tradução de Luiza Ribeiro. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989, v I e II.

10. Stedeford, A. Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
11. Campos, TCP. Psicologia Hospitalar: A Atuação do psicólogo em Hospitais. São Paulo: EPU, 1995.
12. Angerami, VA, organizadora. E a psicologia entrou no hospital. São Paulo: Pioneira, 2001.
13. Esslinger, I. De quem é a vida, afinal ? ...descortinando os cenários da morte no hospital. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.
14. Siqueira-Batsta, R. e Schamm, FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*. [online]. 2004. 9 (1): 31-41. [citado 13 Junho 2004]..<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100004&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1413-8123 (Acessado em 20 de Setembro de 2009).
15. Chiattone, HBC. A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. IN Angerami, VA, organizadora. Psicologia da Saúde: um novo significado para prática clínica. São Paulo: Pioneira, 2000.
16. MORITZ, RD, NASSAR, SM. A atitude dos profissionais de saúde diante da morte. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. Fev Mar Santa Catarina, 2004. 16 (1):
17. Vianna, A. Piccelli, H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. jan./mar. 1998. 44 (1): 21-27. [citado 13 Junho 2004], <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000100005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0104-4230 (acessado em: 20. 07.2009).
18. Angerami, VA, organizadora. Psicologia hospitalar : teoria e prática. São Paulo: Pioneira, 2002.
19. França MD, Botomé, SP. É possível uma educação para a morte¿ *Psicologia em Estudo*, Maringá, 2005: 10 (3), p. 547-548, set./dez.
20. Boff L. Tempo de transcendência: O ser humano como um prometo infinito. Rio de Janeiro: Sextante; 2000.

Comunicação Breve

RECONSTRUÇÃO DO LIGAMENTO PATELOFEMORAL MEDIAL: UMA TÉCNICA SIMPLES USANDO PONTOS ISOMÉTRICOS[1]

Rosalvo Zósimo Bispo Júnior[2]
Cezar Teruyuki Kawano[3]
Alexandre Takayuki Soejima[4]

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo apresentar uma técnica cirúrgica simples para a reconstrução do ligamento patelofemoral medial, usando enxerto autólogo do tendão do semitendinoso, permitindo assim, uma melhor estabilização da articulação patelofemoral, em alguns casos de luxação recidivante da patela. Indicamos a reconstrução do ligamento patelofemoral medial toda vez que houver comprovadamente dois ou mais episódios de deslocamento lateral da patela em pacientes com anatomia óssea normal. Reconstruindo-se a principal estrutura estabilizadora retinacular medial, a partir do enxerto autólogo do tendão do semitendinoso, descrevemos esse procedimento cirúrgico na tentativa de restrição do deslocamento lateral da patela, sendo uma tendência atual no tratamento da luxação recidivante patelofemoral. Uma avaliação preliminar da utilização deste procedimento cirúrgico demonstra ser uma técnica simples, com mínima agressão tecidual e, portanto, uma opção viável, necessitando, contudo, de seguimento e avaliação de resultados para futuras conclusões.

Palavras-Chave: Ligamentos. Lesões. Procedimentos Cirúrgicos Operatórios. Métodos.

INTRODUÇÃO

O ligamento patelofemoral medial (LPFM) é uma banda de tecido retinacular conectando o epicôndilo medial do fêmur à borda medial da patela[1]. Sua função primária é prevenir o deslocamento lateral da mesma[2,3]. Para luxação recidivante da patela, que é refratária ao tratamento conservador, intervenção cirúrgica é comumente recomendada[2,5,6].

Mais de uma centena de técnicas cirúrgicas foram descritas para o tratamento da luxação recidivante patelar[2,4,5,7], como a liberação retinacular lateral e os realinhamentos proximal, distal e combinado. Contudo, não existe um consenso a respeito da melhor técnica a ser utilizada na reparação das estruturas relacionadas com o fenômeno da luxação recidivante da patela, pois diversos fatores anatômicos estão envolvidos nessa instabilidade articular: desde as alterações de partes moles até as anormalidades ósseas.

---

[1] Trabalho realizado na Faculdade de Medicina Nova Esperança - Famene e na Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Paraíba, Brasil.

[2] Doutor e Mestre em Ortopedia e Traumatologia pela FMUSP. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia – SBOT e Sociedade Brasileira de Artroscopia - SBA. Professor Adjunto da Unidade Acadêmica de Medicina do Centro de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Professor Adjunto da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. Endereço para correspondência: Avenida Frei Galvão, 12, Bairro Gramame, João Pessoa-PB – CEP: 58067-695. Brasil. Telefone: (+55 83) 2106-4777. e-mail: zosimo_jr@yahoo.com.br

[3] Mestre em Ortopedia e Traumatologia pela FCM-SCM-SP. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia – SBOT, Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho - SBCJ e Sociedade Brasileira de Artroscopia - SBA.

[4] Médico Ortopedista e Traumatologista. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia - SBOT.

A determinação da isometricidade estática e dinâmica a ser adotada nessas reconstruções, parece ser importante. Recriar a isometricidade do ligamento original pode ajudar a aperfeiçoar a estabilidade articular durante todo o movimento.[2]

Indicamos a reconstrução do ligamento patelofemoral medial toda vez que houver comprovadamente dois ou mais episódios de deslocamento lateral da patela em pacientes com anatomia óssea do joelho normal.

O objetivo deste estudo é presentar uma técnica cirúrgica simples para a reconstrução do ligamento patelofemoral medial, usando enxerto autólogo do tendão do semitendinoso, permitindo assim, uma melhor estabilização da articulação patelofemoral, em alguns casos de luxação recidivante da patela.

TÉCNICA CIRÚRGICA

A artroscopia é realizada, sendo avaliadas as superfícies da articulação patelofemoral e os possíveis recessos sinoviais. Realiza-se, posteriormente, a liberação retinacular lateral do joelho via artroscópica.

O substituto do LPFM é um enxerto duplo do tendão do semitendinoso, retirado por uma incisão longitudinal de 3,0 cm de extensão, medial à tuberosidade anterior da tíbia, com o auxílio de um extrator de tendão (Figura 1). Separa-se a porção muscular do tendão e, posteriormente, dobra-se o mesmo em duas partes iguais. Realiza-se um chuleio com fios de #1 Vicryl® por 3,0 cm nas duas extremidades. O comprimento mínimo necessário do enxerto duplo recomendado é de 11,0 cm.

A reconstrução do LPFM é realizada através de duas incisões de 3,0 cm de extensão: uma na borda medial da patela, que deve ir até o nível subperiostal e a outra na região do epicôndilo medial do fêmur (Figura 2).

Ambos os pontos de fixação óssea tentam recriar a isometricidade do ligamento original, segundo Steensen et al[2]. Realiza-se a dissecção acima da cápsula articular com uma pinça romba unindo-se as duas incisões, para facilitar a passagem do enxerto (Figura 3).

O túnel patelar deve ser realizado passando-se inicialmente um fio guia metálico em um ponto localizado próximo à metade do comprimento e da largura da patela. Com uma broca canulada de 5.0 mm, penetra-se 25 mm no osso. O túnel femoral, na porção súpero-posterior ao epicôndilo medial é realizado utilizando-se uma broca canulada de 8.0 mm com a extensão de 35 mm.

O enxerto é passado pela dissecção realizada sobre a cápsula e fixado inicialmente na patela com parafuso de interferência de 20X7 mm. Realiza-se um pré-tensionamento de 25 ciclos de flexo-extensão do joelho, com a finalidade de diminuir a viscoelasticidade do enxerto e sua adaptação na amplitude de 0-110 graus[8], sendo a sua fixação no fêmur realizada a 30° de flexão,[4] utilizando-se parafuso de interferência de tamanho 30X9 mm (Figura 4). Cuidado fundamental deve ser tomado para que o enxerto não fique muito tenso, causando hiperpressão medial patelar.

No pós-operatório, o joelho é imobilizado em uma órtese extensora por 03 semanas, sendo permitida a carga parcial com o auxílio de muletas, exercícios isométricos e crioterapia local. Após esse período, o paciente é encaminhado para a fisioterapia para treino de marcha (carga total), ganho de mobilidade articular e força muscular, sendo a prática de esportes permitida após 06 meses da cirurgia.

COMENTÁRIOS

Estudos biomecânicos[9-12] têm demonstrado que o LPFM é o maior restritor para o deslocamento patelar lateral.

Técnicas abertas tradicionais de realinhamento proximal requerem considerável exposição. Já as cirurgias artroscópicas são minimamente invasivas, mas não podem proporcionar visualização adequada do ligamento patelofemoral, que é uma estrutura extra-articular[13]. Decidimos, então, buscar uma técnica cirúrgica "intermediária" de realinhamento proximal (partes moles): aberta, porém, com pequenas incisões e consequente agressão tecidual menor.

Apesar da importância do LPFM no tratamento da luxação patelar recidivante ser bastante reconhecida[3-6,9-16], existem poucos estudos[2,17] publicados a respeito da

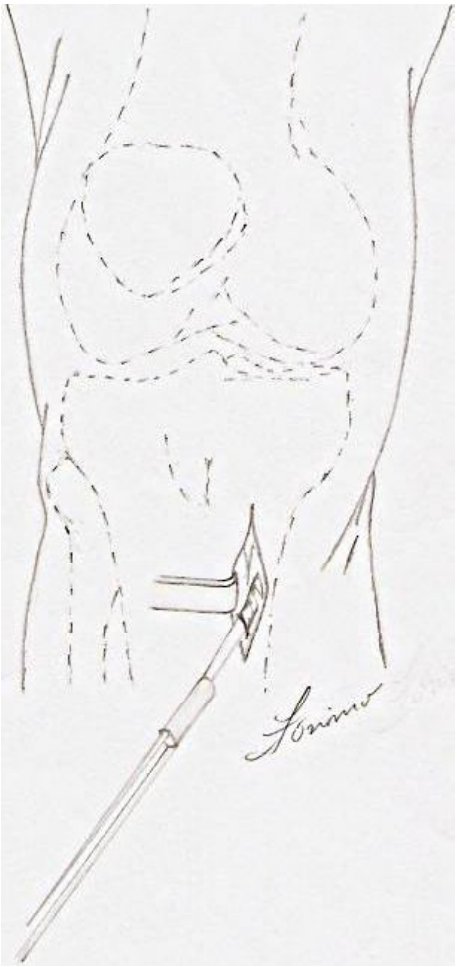


Figura 1. Desenho esquemático mostrando a retirada do tendão do semitendinoso com um extrator.

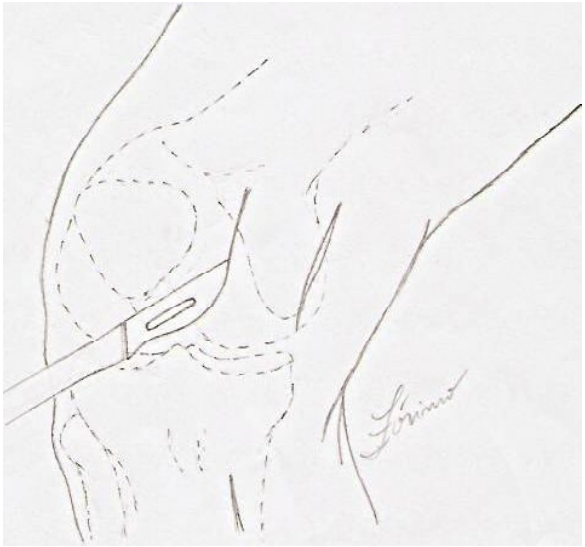


Figura 2. Desenho esquemático demonstrando as duas pequenas incisões cutâneas na região medial do joelho.

Figura 3. Desenho esquemático. Notar a dissecção acima da cápsula articular, unindo-se as duas incisões.

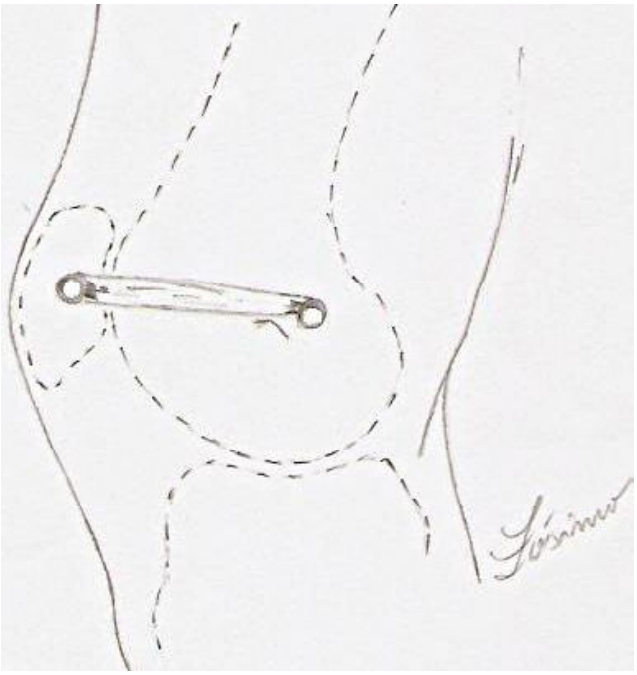


Figura 4. Desenho esquemático mostrando a fixação patelar e femoral do enxerto, segundo pontos isométricos.

melhor localização dos pontos de fixação do ligamento a ser reconstruído. A isometricidade é um conceito que determina quais locais de inserção ligamentar que mantêm constante o comprimento do ligamento durante o movimento articular. Teoricamente, poderia prevenir a falha da reconstrução ligamentar por distensão ou ruptura.

O conceito da reconstrução do LPFM tão próximo do original parece superar a discussão do melhor enxerto a ser utilizado. Nesse contexto, a aplicação da isometricidade durante a sua reconstrução pode ajudar a otimizar[2] a estabilidade da articulação patelofemoral.

Uma avaliação preliminar da utilização deste procedimento cirúrgico demonstra ser uma técnica simples, com mínima agressão tecidual e, portanto, uma opção viável, necessitando, contudo, de seguimento e avaliação dos resultados para futuras conclusões.

RECONSTRUCTION OF THE MEDIAL PATELLOFEMORAL LIGAMENT: A SIMPLE TECHNIQUE USING ISOMETRIC POINTS

ABSTRACT
The aim of this study is to present a simple surgical technique for reconstructing the MPFL, using an autologous graft from the tendon of the semitendinosus muscle adopting isometricity, thus enabling better stabilization of the patellofemoral joint in some cases of recurring luxation of the patella. We recommend reconstruction of the MPFL whenever two or more episodes of lateral dislocation are demonstrated in patients with normal knee bone anatomy. This is a current trend in treating recurring patellofemoral luxation in these patients. Preliminary evaluation from using this surgical procedure has shown it to be a simple technique with minimal tissue aggression. It is therefore a viable option, although the results need to be followed up and assessed in order to reach future conclusions.
Key Words: Ligaments. Knee. Injuries. Surgical Procedures Operative. Methods.

REFERÊNCIAS

1. Amis AA, Firer P, Mountney J, Senavongse W, Thomas NP. Anatomy and biomechanics of the medial patellofemoral ligament. The Knee. 2003;10: 215-220.
2. Steensen RN, Dopirak RM, McDonald WG. The anatomy and isometry of the medial patellofemoral ligament. Implications for reconstruction. Am J Sports Med. 2004;32(6):1509-1513.
3. Muneta T, Sekiya I, Tsuchiya M, Shinomiya K. A tecnique for reconstruction of the medial patellofemoral ligament . Clin Orthop Rel Res. 1999;359:151-155.
4. Davis DK, Fithian DC. Techniques of medial retinacular repair and reconstruction. Clin Orthop Rel Res. 2002;402:38-52.
5. Steensen RN,Dopirak RM, Maurus PB. A simple technique for reconstruction of the medial patellofemoral ligament using a quadríceps tendon graft. Arthroscopy. 2005;21(3)365-370.
6. Mountney J, Senavongse W, Amis AA, Thomas NP. Tensile strenght of the medial patellofemoral ligament before and after repair or reconstruction. J Bone Joint Surg. 2005;87(B):36-40
7. Aglietti P, Buzzi R, Biasi P, Giron F. Surgical treatment of recurrent dislocation of the patella. Clin Orthop Rel Res. 1994;306:8-17.
8. Kawano CT, Bispo Jr. RZ, Oliveira MG, Soejima AT, Apostolopoulos SB. Posterolateral knee instability: an alternative proposal for surgical treatment. Clinics. 2007;62(3):371-374.
9. Conlan T, Garth Jr. WP, Lemons JE. Evaluation of the medial soft tissue restraints of the knee. J Bone Joint Surg. 1993;75A(5):682-693.
10. Desio SM, Burks RT, Bachus KN. Soft tissue restraints to lateral patelar translation in the human knee. Am J Sports Med. 1998;26(1):59-65.
11. Hautamaa PV, Fithian DC, Kaufman KR, Daniel DM, Pohlmeyer AM. Medial soft tissue restraints in lateral patellar instability and repair. Clin Orthop Rel Res. 1998;349:174-182.
12. Nomura E, Horiuchy Y, Kihara M. Medial patellofemoral ligament restraint in lateral patellar translation and reconstruction. The Knee. 2000;7:121-127.
13. Steensen RN, Dopirak RM, Maurus PB. Minimally invasive “crescentic”imbrication of the medial patellofemoral ligament for chronic patellar subluxation. Arthroscopy. 2005;21(3):371-375.
14. Camanho GL, Bitar AC, Hernandez AJ, Olivi R. Medial patellofemoral ligament reconstruction: a novel technique using the patellar ligament. Arthoscopy. 2007;23:108.e1 – 108.e4.
15. Ellera Gomes JL. Medial patellofemoral ligament reconstruction for recurrent dislocation of the patella: a premilinary study. Arthoscopy. 1992:8:335-340.
16. Nomura E, Inoue M. Hybrid medial patellofemoral ligament reconstruction using the semitendinous tendon for recurrent patellar dislocation: minimum 3 years’ follow-up. Arthroscopy. 2006;22(7):787-793.
17. Smirk C, Hayden M. The anatomy and reconstruction of the medial patellofemoral ligament. The Knee. 2003;10:221-227.

REVISTA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE NOVA ESPERANÇA – ISSN 1679-1983

NORMAS EDITORIAIS

Objetivos

A Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança – ISSN 1679-1983 é uma publicação semestral, de circulação nacional, da Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda., entidade mantenedora das Faculdades Nova Esperança, e tem como objetivos, entre outros, publicar trabalhos científicos voltados à área da saúde e áreas afins, através de artigos originais, artigos de revisão, relatos de caso, resenhas, ensaios e resumos de pesquisas de pós-graduação – mestrado e doutorado, além de outras categorias científicas; e disseminar o conhecimento científico democraticamente entre profissionais, estudantes e pesquisadores da área da saúde.

Os textos encaminhados para publicação devem ser originais ou provenientes de dissertações e teses, não remetidos a outros periódicos e, no caso dessas últimas, que não tenham sido publicadas.

Os manuscritos serão avaliados quanto à originalidade, relevância do tema, coerência científica e atendimento às normas éticas.

A Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança aceita trabalhos remetidos por e-mail (revista@facene.com.br), desde que sejam seguidas as orientações contidas nas Normas para Análise dos Artigos.

A Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança permite a reprodução dos trabalhos publicados, desde que citada rigorosamente a fonte.

Autoria

Os manuscritos encaminhados para publicação deverão atender às seguintes especificações:

1. **Folha de rosto:** contendo os dados de identificação do(s) autor(es), como: titulação acadêmica, instituição de origem, endereço convencional com Cep, telefone, endereço eletrônico (para um dos autores, visando contato) e página eletrônica (quando possuir), especificando a seção para a qual envia o trabalho (Artigos Originais: Traduções, Resenhas, Ensaios etc.; Pesquisa, Carta ao Editor, Resumo de Tese, Relato de Caso, Errata);
2. **Declaração**: atestando que o artigo é original, encaminhado à Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança para a seção pertinente, e devidamente assinada pelo(s) autor(es), quando for o caso, cedendo os direitos autorais à Revista e autorizando a publicação do mesmo.
3. O nome completo de cada autor deverá vir sem abreviação, supressão ou inversões.
4. Aceitam-se no máximo 6 (seis) autores por trabalho para cada edição.
5. A Revista se reserva o direito de admitir, para apreciação, apenas um trabalho por autor e edição.

Procedimentos éticos

1. Enviar cópia de **Parecer favorável e definitivo**, emitido por um Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido e cadastrado no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa – SISNEP, ou diretamente pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, quando o trabalho envolver seres humanos (direta ou indiretamente), de acordo com o que preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS nº 196/96, e suas complementares.
2. Cada trabalho enviado à Revista será encaminhado a dois avaliadores *ad hoc* na área, que emitirão parecer consubstanciado, de acordo com as normas da Revista, do conteúdo e dos procedimentos éticos que envolvem o trabalho. A lisura da avaliação exige que os avaliadores desconheçam a autoria dos trabalhos e os autores desconheçam a identidade de seus avaliadores. Tal procedimento visa assegurar a integridade ética e profissional dos sujeitos envolvidos nesse processo.
3. Os conteúdos presentes nos textos são de total responsabilidade dos autores, cabendo a estes responder pelos mesmos.

NORMAS PARA ANÁLISE DOS ARTIGOS

Envio dos originais

1. Remeter uma cópia do artigo em CD-ROM, acompanhado de duas cópias impressas em papel no formato A4 e editor de texto Microsoft Word for Windows, em versão atualizada para a Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, Centro de Ensino das Faculdades Nova Esperança – Facene/Famene, Avenida Frei Galvão, 12, Bairro Gramame, João Pessoa-PB – CEP: 58067-695. Em uma das cópias, os nomes dos autores devem ser suprimidos, visando a análise dos avaliadores.
2. A Revista aceita o envio de trabalhos, preferencialmente, via e-mail. Desde que, para isso, os autores sigam os critérios a seguir:

   2.1 envio da documentação completa e assinada referida nos itens Autoria e Procedimentos Éticos;
   2.2 aceita-se o envio da documentação via e-mail, desde que esteja devidamente assinada, escaneada e anexada ao artigo.

3. Utilizar em todo o texto a fonte Arial, tamanho 12, espaço entre linhas 1,5 cm; configuração de página: margens superior e esquerda 3 cm, inferior e direita 2 cm.
4. Os autores ficam responsáveis pela rigorosa revisão gramatical dos originais manuscritos, não cabendo à Revista tal procedimento. Em caso de constatação da ausência da revisão textual, o Conselho Editorial reserva-se no direito de recusar os trabalhos que não seguirem esta norma.
5. Não serão admitidos acréscimos ou alterações após o envio do trabalho.
6. os artigos que não apresentarem valor científico, mostrarem problemas éticos - ou que tenham erros significativos de metodologia, gramática, bibliografia, bem como de realizar adaptações ao estilo da Revista, serão recusados.
7. Em hipótese alguma os CDs e originais impressos serão devolvidos.

Folha de Rosto

A Folha de Rosto deve conter:

1. **Título e Subtítulo** (quando houver) em língua portuguesa, em caixa-alta, centralizado e em negrito.
2. Os nomes dos autores em formato normal, com apenas as iniciais em maiúsculo; e, em notas de rodapé, em números cardinais, deve-se apresentar as credenciais dos mesmos, com as informações pedidas no item 1 da Autoria.
3. **RESUMO** – Os resumos devem seguir a norma ABNT 6028:2003, e apresentar os seguintes itens: palavra “RESUMO” em caixa-alta e em negrito, alinhada à esquerda; texto em língua portuguesa, espaço simples, com no máximo 300

palavras. Expressará de maneira precisa e concisa, o material e métodos utilizados, o que foi observado ou realizado e as conclusões que o(s) autor(es) considera(m) justificadas. A elaboração deve permitir compreensão sem acesso ao texto, inclusive de palavras abreviadas, e deverá conter a seguinte estrutura: INTRODUÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS, RESULTADOS E DISCUSSÃO, e CONSIDERAÇÕES FINAIS, não sendo preciso nominar cada item. O resumo deverá ser acompanhado de até cinco palavras-chave, que são palavras ou expressões que identificam o conteúdo do artigo. As palavras-chave deverão ser baseadas no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), publicado pela Bireme, que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine. O DeCS pode ser consultado através do endereço eletrônico: http://decs.bvs.br. Essas devem vir no final do Resumo, alinhadas à esquerda, sem espaço entre linhas, precedidas de ponto a cada palavra.

Resumo em Língua Estrangeira

1. Como elemento pós-textual, deve vir no final do trabalho, antes das referências. Aceita-se o resumo em inglês *Abstract*, ou em espanhol *Resumen*, ou em francês *Résumé*. Segue os mesmos padrões do Resumo na versão em português e deve ser absolutamente fiel ao original.

2. As palavras-chave em língua estrangeira, a saber, em inglês *Keywords*; em espanhol *Palabras clave*: e em francês *Mots-clés* seguem, obrigatoriamente, as mesmas orientações da versão em português.

NORMAS ESPECÍFICAS PARA OS TEXTOS

1. **Artigos Originais**: são trabalhos resultantes de pesquisa original, de natureza quantitativa ou qualitativa. Sua estrutura deve apresentar necessariamente os itens: Resumo, Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão, Conclusão, Resumo em língua estrangeira e Referências Bibliográficas (apêndices e anexos são opcionais). Máximo de 15 laudas.

Itens que compõem esta seção

Introdução: deve estabelecer com clareza o objetivo do trabalho e sua relação com outros trabalhos no mesmo grupo. Extensas revisões da literatura não serão aceitas, devendo ser substituídas por referências aos trabalhos ou fontes mais recentes, onde tais revisões tenham sido apresentadas. Deve esclarecer: a) a natureza do problema cuja resolução se descreve no artigo; b) a essência do estado da arte no domínio abordado (com referências bibliográficas); e c) o objetivo do artigo e sua relevância (justificativas) para fazer progredir o estado da arte.

Material e Métodos (quando a pesquisa envolve seres humanos): descrever procedimentos, apresentar as variáveis incluídas na pesquisa, determinar e caracterizar a amostra, detalhar técnicas e equipamentos novos, indicar quantidades exatas, referenciar os métodos e as técnicas utilizadas, incluindo métodos estatísticos, de modo a permitir reprodutividade. Recomenda-se evitar descrições extensas de métodos rotineiros. Não devem ser utilizados nomes comerciais, nomes pessoais ou iniciais de pacientes, fotos que o exponham e similares, nem seus números de registro hospitalar.

Resultados: todos os resultados devem ser apresentados em sequência lógica no texto, e exclusivamente neste item, de maneira concisa, fazendo, quando necessário, referências apropriadas a tabelas que sintetizem achados experimentais ou figuras que ilustrem pontos importantes. Orienta-se evitar superposição de dados como textos e como tabelas. Destaque apenas para as observações mais importantes, com um mínimo de interpretação pessoal. Utilizar gráficos simples e de fácil compreensão. Sempre que necessário, os dados numéricos devem ser submetidos à análise estatística.

Discussão: deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando os novos e importantes aspectos observados e discutindo as concordâncias e divergências com outros achados já publicados. Comunicações pessoais ou publicações de caráter restrito devem ser evitadas como provas de argumento. Hipóteses e generalizações não baseadas nos dados do trabalho devem ser evitadas. As limitações do trabalho bem como suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas.

Conclusões: deve-se apresentar o conjunto de conclusões mais importantes, evitando detalhes não pertinentes, retomando os objetivos do trabalho. As conclusões podem também ser incluídas no item “discussão”; neste caso, não há necessidade de repeti-la em itens à parte.

Agradecimentos (opcional)*:* quando desejados devem ser apresentados no final do texto, breves e diretos, mencionando-se os nomes de participantes que contribuíram, intelectual ou tecnicamente, em alguma fase do trabalho, mas não preencheram os requisitos para autoria. Devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das Referências.

Ilustrações: tabelas, figuras e fotos devem estar inseridas no corpo do texto contendo informações mínimas pertinentes àquela ilustração (Por ex. Tabela 1; Figura 2; etc.), inseridas logo após serem mencionadas pela primeira vez no texto. As tabelas devem estar formatadas como a tabela clássica 1 do Word. Os gráficos devem ter boa definição. As fotos devem ser escaneadas com 300 ou mais DPI e salvas no formato TIFF ou BMP e lado maior igual a 18 cm. As ilustrações e seus títulos devem estar alinhados à esquerda e sem recuo. O tamanho máximo permitido é de uma folha A4. Devem ser encaminhadas com as autorizações para reprodução de material publicado anteriormente, de ilustrações que podem identificar pessoas e para transferência de direitos autorais e outros documentos que se façam necessários.

Referências

- As Referências deverão ser reunidas no final do trabalho, citadas somente as obras utilizadas no texto, em ordem numérica, e ordenadas segundo a sequência de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos sobrescritos. Para listar as referências, não se deve utilizar o recurso de notas de fim ou notas de rodapé do Word.
- As referências devem estar de acordo com as especificações dos Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Periódicos Biomédicos, conhecido como Estilo de Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE (http://www.icmje.org). Para maiores esclarecimentos sobre o Estilo de Vancouver, ver o item "Estilo de Vancouver: exemplos de como referenciar".
- Para citações diretas de referências bibliográficas devem-se usar aspas na sequência do texto, de acordo com o Estilo de Vancouver, atribuindo a cada autor um número que o identifique.
- As citações de falas/depoimentos dos sujeitos de pesquisa deverão ser apresentadas entre aspas.

2. **Artigos de revisão**: são trabalhos que têm por objetivo apresentar síntese e análise crítica da literatura levantada. Esta deve ser atualizada, referenciada e a discussão atual e pertinente. Deve incluir com clareza a delimitação do problema, dos procedimentos adotados e conclusões. Sua estrutura deve apresentar necessariamente os itens: Resumo, Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão, Considerações Finais, Resumo em língua estrangeira e Referências Bibliográficas. Deverão ter no máximo 50 citações de referências bibliográficas, organizadas em espaço simples. No máximo 10 laudas.
3. **Artigos de Atualização ou Divulgação:** são trabalhos que têm por objetivo a descrição e/ou interpretação sobre determinado assunto, considerado relevante ou pertinente na atualidade. No máximo 10 laudas.
4. **Comunicações breves/Relatos de caso/experiência:** se caracterizam pela apresentação de notas prévias de pesquisa, relatos de caso ou experiência, de conteúdo inédito ou relevante, devendo estar amparada em referencial teórico que dê subsídios a sua análise. No máximo 10 laudas.
5. **Resenhas**: apresentação e análise de livros publicados na área da saúde ou áreas afins. Serão aceitas para apreciação resenhas de livros publicados recentemente no Brasil ou no exterior. Os textos das resenhas deverão ser configurados da seguinte maneira: a) Referências completas do livro; b) Nome do autor da resenha; c) Instituição de origem; d) Texto analítico. No máximo 3 (três) laudas.
6. **Relatório de pesquisa**: texto original e sucinto de pesquisas realizadas na área da saúde ou áreas afins (no máximo 4 laudas).
7. **Resumos de pesquisa**: em nível de especialização, de mestrado ou doutorado: texto original da monografia, dissertação ou tese com no máximo 1 (uma) lauda ou contendo 250 palavras.

ESTILO DE VANCOUVER: EXEMPLOS DE COMO REFERENCIAR

1 LIVROS E MONOGRAFIAS CONSIDERADOS NO TODO

Um autor (pessoa física) – de um até seis autores

Black GJ. Microbiologia: fundamentos e perspectivas. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Mais de seis autores

Costa SS, Cruz OLM, Oliveira JAA, Lima AS, Mariante AR, Crespo NA, et al. Otorrinolaringologia: princípios e prática. 2ª ed. il. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Organizador, editor, coordenador ou compilador como autor

McCloskey JC, Bulechek GM, organizadoras. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Autores corporativos (órgãos governamentais, associações, ONGs etc.)

Comissão Social do Episcopado Francês. SIDA: a sociedade em questão. Tradução de Ephraim F. Alves et al. Petrópolis; 1996.

Entrada pelo título, quando não há autoria

Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificações – 2007-2008. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Indicação do tradutor

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Tradução de Isabel C. F. da Cruz et al. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Dicionário e obras de referências similares

Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009. Com a nova ortografia da língua portuguesa.

Teses, dissertações e trabalhos de conclusão de curso

Imperiano RL. Ser mãe: vivência da maternidade em profissionais do sexo: [trabalho de conclusão de curso]. João Pessoa: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança; 2006.

Trabalhos apresentados em eventos científicos e publicados em anais

Tegazzin V. Anestesia em doenças neuromusculares. Anais do V Simpósio Brasileiro de Hipertermia Maligna; 2005 Out 7-8; Associação Paulista de Medicina. São Paulo: Unifesp/EPM; 2005. p. 10-1.

2 CAPÍTULO OU PARTES DE LIVROS E MONOGRAFIAS

Maranhão EA, Silva FAM, Lamounier JÁ, Sousa EG. Medicina. In: Haddad AE, Pierantoni CR, Ristoff D, Xavier IM, Giolo J, Silva LB, organizadores. A trajetória dos cursos de graduação na saúde – 1991-2004. Brasília (DF): INEP; 2006. p. 277-309.

Artigo em periódico

Autor(es) (pessoa física) – até seis autores

Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Mion Júnior D, Ortega K, Pierin AMG. Profile of hypertensive patients: biosocial characteristics, knowledge, and treatment compliance. Acta Paul Enferm. 2008;21(1):59-65.

3 DOCUMENTOS EM SUPORTE ELETRÔNICO

(CD-ROM, DVD...)

Prado FC, Ramos J, Ribeiro do Valle J. Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento [monografia em CD-ROM]. São Paulo: Artes Médicas; 1996.

Artigos de periódicos

Gonçalves LC, Silva MRG, Peracoli JC, Silveira LVA, Padovani CR, Pimenta WP. Prevalência de hipertensão arterial em mulheres com passado de distúrbios hiperglicêmicos na gestação. Arq Bras Endocrinol Metab [periódico na internet]. 2005 Abr [acesso em 2008 Ago 15]; 49(2): [número de páginas aproximado 6 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302005000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Os textos deverão ser enviados à Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, Faculdades Nova Esperança - Facene/Famene (aos cuidados do Editor da Revista), localizada na Avenida Frei Galvão, 12, Gramame - João Pessoa-PB. CEP: 58067-695. Fone (83) 2106-4791. E-mail: revista@facene.com.br.