

Áreas Emergentes em Psicologia

PSICOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI NEONATAL

Psychology and palliative care in neonatal icu

Amanda Caroline Inácio¹
Dailany D'Aroz Vollmann²
Fabiola Langaro³
Maria Consuelo da Costa Oliveira e Silva⁴

Recebido em: 20 jul. 2015

Aceito em: 21 set. 2015

RESUMO: O avanço tecnológico tem permitido a sobrevivência de neonatos prematuros e/ou com complicações clínicas graves. Porém, uma parcela desta população é acometida por condições incompatíveis com a vida, para a qual estariam indicados cuidados paliativos. Diante deste contexto, objetiva-se apontar possíveis atribuições do psicólogo enquanto profissional parte da equipe de UTI Neonatal e que trabalha em cuidados paliativos. Para tanto, foi realizada revisão bibliográfica integrativa. Destacam-se nos resultados as dificuldades enfrentadas pelas equipes para mudança de foco terapêutico e, conseqüentemente, a necessidade de implantar programas multiprofissionais sistematizados em cuidados paliativos. Aponta-se a importância do investimento na comunicação entre equipe e família, possibilitando tomada de decisões conjuntas. Neste sentido, o trabalho do psicólogo relaciona-se principalmente ao cuidado de pais e familiares, auxiliando-os na construção e manutenção de vínculo com o bebê, na comunicação com a equipe de saúde, no estímulo à expressão de sentimentos e elaboração das vivências relacionadas à hospitalização e à possibilidade de perda; e no suporte à equipe, mediando a comunicação e estimulando o reconhecimento de seus sentimentos frente à possibilidade de perda dos neonatos. Assim, espera-se oferecer cuidado humanizado a bebês, familiares e equipes, focando em ações que visem conforto e qualidade de vida.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Psicologia. UTI Neonatal. Hospital.

ABSTRACT: Technological advances have allowed the survival of preterm and/or newborns with severe clinical complications. However, part of this population is affected by conditions incompatible with life, which would be indicated for palliative care. Given this context, the objective is to point out possible assignments of the psychologist as part of the professional staff of the NICU and working in palliative

¹ Psicóloga do Centro Hospitalar Unimed. Graduada na FGG/ACE, especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar pela Faculdade Pequeno Príncipe (FPP). E-mail: flangaro@hotmail.com.

² Psicóloga do Centro Hospitalar Unimed. Graduada na Univille, especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar pela FPP. E-mail: amandacaroline.psyco@gmail.com.

³ Psicóloga Hospitalar, Docente da Faculdade Guilherme Guimbala/Associação Catarinense de Ensino. Doutoranda em Psicologia na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Mestre em Psicologia pela UFSC e especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar pela FPP. E-mail: dailany@joinville.unimedsc.com.br.

⁴ Psicóloga do Hospital Infantil Pequeno Príncipe. Especialista em Psicologia Clínica, Especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar, Mestre em Psicossomática e Psicologia da Saúde, Formação em Psicanálise pela Escola da Coisa Freudiana e Professora das Faculdades Pequeno Príncipe (FPP). E-mail: mconsuelo1703@hotmail.com.

care. To this end, an integrative literature review was performed. Stand out in the results the difficulties faced by the teams to change therapeutic focus and hence the need to deploy systematic multidisciplinary programs in palliative care. Pointed out the importance of investment in communication between staff and family, enabling joint decision. In this sense, the psychologist work is primarily related to the care of parents and families, assisting them in building and maintaining a bond with the baby, in communication with the healthcare team, encouraging the expression of feelings and experiences related to the hospitalization and possible loss; and support staff, mediating communication and encouraging the recognition of their feelings towards the possibility of loss of neonates. Thus, we expect to provide humane care to infants, families and teams, focusing on actions aimed at comfort and quality of life.

Keywords: Palliative Care. Psychology. Neonatal ICU. Hospital.

INTRODUÇÃO

“Algumas vezes o tempo de nascer é também o tempo de morrer” (Frank, M.E).

A tecnologia e a ciência têm atualmente contribuído para o desenvolvimento de técnicas capazes de diagnosticar de forma precisa e precoce, bem como controlar determinadas doenças. Neste cenário, algumas enfermidades permanecem ainda sem possibilidade de cura, o que não as isenta da necessidade de assistência. Neste sentido, o cuidado paliativo é o tratamento oferecido a pessoas cuja doença não é responsiva a terapêuticas curativas, quando então se objetiva a continuidade da existência com qualidade de vida, buscando a prevenção e o alívio de sintomas que causam sofrimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

O conceito de cuidados paliativos não é novo, mas só recentemente começou a ser aplicado à população neonatal, com o reconhecimento de que a dor e o desconforto podem afetar recém-nascidos. Especificamente dentro do campo pediátrico, a expansão dos cuidados paliativos é ainda mais recente. A primeira instituição voltada a cuidados paliativos para crianças, o Helen's House, surgiu em 1982 na Inglaterra e o primeiro hospital com um serviço de cuidados paliativos dentro de uma unidade pediátrica foi o St. Mary's Hospital, fundado em 1985, em Nova York (FLORIANI, 2010).

Apesar de certo esforço em ampliar o acesso dos cuidados paliativos à população neonatal, o que se observa atualmente, principalmente na realidade brasileira, é uma dificuldade em implementar estes cuidados e, conseqüentemente, poucos relatos de experiências bem-sucedidas. Um dos poucos estudos nesta área refere-se ao artigo intitulado “*Creation of Neonatal End-of-Life Palliative Care Protocol*”, em que os autores delinearam os fundamentos de um programa de cuidados paliativos neonatais como uma referência no contexto dos cuidados paliativos neste âmbito (CATLIN; CARTER, 2002).

Conforme diretrizes da Academia Americana de Pediatria, protocolos de assistência devem ser estabelecidos pelos diversos profissionais de saúde que prestam cuidados aos neonatos e suas famílias (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000).

Nesta perspectiva, foram definidas três categorias de recém-nascidos elegíveis para os cuidados paliativos neonatais: recém-nascidos no limite da viabilidade; neonatos com malformações congênitas incompatíveis com a vida; e recém-nascidos que não respondam às intervenções do cuidado intensivo (AL-ALAYAN; AL-HAZZANI, 2009; BHATIA, 2006; CATLIN; CARTER, 2002).

Apesar destas diretrizes, na prática observa-se despreparo das equipes assistenciais em lidar com a possibilidade de morte e com o processo de morrer de neonatos. Com frequência, os profissionais da equipe são afetados emocionalmente pela morte de um recém-nascido, pois é difícil ser testemunha de uma perda contra a qual tentaram lutar por vários meios. Estes impactos emocionais, somados à falta de clareza nos critérios de tratamento, dificultam a comunicação e causam incertezas com relação às condutas necessárias (NIERI, 2012).

Neste sentido, considera essencial o trabalho do psicólogo em equipes de cuidados paliativos, pela especificidade de sua formação, pelos conhecimentos em saúde mental e possibilidade de desenvolvimento e aperfeiçoamento do processo de escuta. Não se limitando apenas ao paciente, o trabalho do psicólogo se estende também aos familiares e à equipe de cuidados que vivem situações de estresse prolongado, perdas constantes, dor e impotência (KOVÁCS, 1999).

Considerando as especificidades e desafios do trabalho neste contexto, o objetivo deste artigo é apontar possíveis atribuições do psicólogo em cuidados paliativos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal.

MÉTODOS

Para o alcance dos objetivos, foi realizada uma revisão bibliográfica integrativa, que envolveu a definição do problema, a identificação das informações necessárias para respondê-lo, a condução da busca de estudos na literatura e sua avaliação crítica, a identificação da aplicabilidade dos dados oriundos das publicações e a determinação de sua utilização (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Foram consultados livros que abordam o trabalho do psicólogo em UTI Neonatal; bem como livros e manuais multidisciplinares sobre cuidados paliativos. Também foram consultadas as bases de dados Scielo, Lilacs e PubMed, realizando-se a busca de artigos a partir dos descritores “Cuidados Paliativos; Psicologia; UTI Neonatal; Hospital, Recém-Nascido” e os seus correlatos em inglês “Palliative Care, Psychology, Neonatal ICU, Hospital, Newborn”.

Em seguida, procedeu-se à leitura de seus resumos dos artigos encontrados, para a seleção daqueles que estivessem diretamente relacionados ao objetivo da pesquisa. Após a avaliação, trinta e três artigos foram utilizados para a construção deste texto, além de um manual de cuidados paliativos e sete capítulos de livros relacionados ao tema. A partir da leitura e discussão dos materiais, apresenta-se a seguir os resultados deste trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O CONTEXTO DE CUIDADOS EM UTI NEONATAL

Pierre Budin (1846-1907) é considerado o criador da neonatologia, pois foi um dos primeiros obstetras a preocupar-se com os recém-nascidos fora das salas de parto, tendo criado um ambulatório de puericultura em Paris. Os avanços na tecnologia no final do século XIX e início do século XX, juntamente com as descobertas sobre a fisiologia do recém-nascido, proporcionaram grandes transformações no cuidado neonatal (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005).

A Society of Critical Care Medicine (1999 *apud* RIBEIRO; REGO, 2008) define as Unidades de Terapias Intensivas (UTIs) Neonatais como estruturas assistenciais que objetivam a atenção a recém-nascidos extremamente doentes, cuja condição clínica constitui uma ameaça à vida e requer intervenções médicas sofisticadas, como nos casos de prematuridade e enfermidades congênitas. Os profissionais da equipe são médicos especializados em bebês até as quatro primeiras semanas de vida, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e fonoaudiólogos (BAPTISTA et al., 2010). Atualmente, caracterizam-se por receber pacientes na faixa etária de zero a dois meses, nascidos pelo menos a partir da 23ª semana de gestação, e em sua maioria, as internações são feitas imediatamente após o parto. Portanto, a separação física bebê/família é imediata à saída do útero materno, configurando uma experiência de descontinuidade precoce tanto para o bebê quanto para a família (VALANSI; MORSCH, 2004).

Nesse contexto, a família vivencia uma situação de crise, em que oscilam sentimentos de culpa, incapacidade e medo. Sintomas ansiosos e depressivos acompanham esses familiares durante longos períodos de hospitalização. O psicólogo possui um vasto campo de atuação na UTI Neonatal, proporcionando aos familiares espaço para escuta e suporte emocional, auxiliando na construção de estratégias para enfrentamento do quadro clínico do bebê, bem como à hospitalização.

O TRABALHO DO PSICÓLOGO EM UTI NEONATAL

De forma equivocada, alguns profissionais entendem que a perda no período neonatal não é tão dolorosa, pois ainda não se estabeleceu o vínculo entre familiares e crianças. Porém, quando um casal “engravida”, são feitos planos de futuro e de continuidade da família. O parto prematuro, a malformação e, principalmente, a morte, rompem com essas expectativas (LIMA e SOUZA, 2011).

A capacidade de lidar com a notícia de um diagnóstico de malformação fetal depende de fatores como sua gravidade, o relacionamento do casal, os cuidados médicos

especializados e a assistência psicológica. Com frequência acentuam-se sentimentos de impotência, angústia e de fracasso, uma vez que o diagnóstico põe à prova a capacidade dos pais de desenvolver afeto pelo neonato. O trabalho do psicólogo nestes casos é o de oferecer a escuta para os progenitores expressarem, compreenderem e elaborarem os sentimentos despertados neste momento crítico. Essa escuta, diferenciada e compreensiva, favorece a (re)significação da dor considerada insuportável. Os objetivos das intervenções realizadas relacionam-se à minimização do sofrimento, à elaboração do luto pela “perda do filho perfeito/ideal/saudável” e das dificuldades dos progenitores decorrentes do diagnóstico (MACHADO, 2012).

Em relação ao nascimento prematuro, nem sempre é possível diagnosticá-lo durante o pré-natal, sendo grande parte das vezes algo abrupto, em que os pais não têm tempo para elaboração da notícia. Os primeiros dias de internação do bebê na UTI Neonatal são especialmente difíceis, podendo gerar nos familiares reações regidas pelo medo, insegurança, sofrimento, ansiedade, frustração e desapontamento (ELEUTÉRIO et al., 2008; RODRIGUES; JORGE; MORAIS, 2012). Alguns fatores geradores de estresse para a família neste período são: a separação logo após o nascimento; o bebê que por motivo de sua prematuridade ou debilidade não responde aos apelos de contato dos pais; o compartilhar seu bebê com profissionais que detêm um saber em relação à sobrevivência de seu filho; riscos e iminência de morte (GOMES, 2002).

Neste sentido, a atuação do psicólogo enquanto parte da equipe assistencial terá sua intervenção com a família ocorrendo em uma situação de crise. Por este motivo, as diretrizes que regem sua intervenção são num primeiro momento de colocar-se como ponto de referência para a família, a fim de desempenhar uma função de continuidade através de uma escuta diferenciada que privilegia uma visão integrada do bebê e de sua história. Ajudando os pais a falarem sobre esse nascimento, o psicólogo pode auxiliá-los a organizar seus pensamentos, identificar seus sentimentos, visando entender a situação da internação, o que irá facilitar a interação com o bebê (VALANSI; MORSCH, 2004). Ainda, faz-se necessário favorecer aos pais a adaptação das representações do bebê real, diferente daquele idealizado, possibilitando a eles ultrapassar as ambivalências e reações intensas que o bebê real provoca, em especial no contexto de nascimento prematuro (BALTAZAR; GOMES; CARDOSO, 2010).

Pensando nos irmãos do paciente, existe aí um campo de atuação do psicólogo. Sendo crianças ou adolescentes, é necessária a inclusão destes membros nos cuidados com o bebê internado na unidade. Diversos autores afirmam que a presença dos irmãos minimiza os sintomas ansiosos gerados nos pais que podem não saber como conduzir a situação e nem como incluir os irmãos nessa nova relação. Ainda, reduz o nível de estresse das crianças, que não entendem ao certo o que está havendo e porque o seu irmão não voltou para casa junto com a sua mãe (BALTAZAR; GOMES; CARDOSO, 2010; KERNKRAUT; ANDREOLI, 2008; VALANSI; MORSCH, 2004).

Em relação à equipe, a presença da família no hospital muitas vezes é vista como um problema, ou seja, é uma pessoa a mais para dedicar atenção, é necessário tempo

para orientar os pais e compreender seus sentimentos. Além disso, os pais, às vezes, acabam disputando com o profissional o espaço ao lado do bebê e a mãe, frequentemente, representa uma avaliadora/ fiscalizadora do cuidado (COSTA; PADILHA, 2011). Finalmente, os pais podem demonstrar sentimentos ambivalentes em relação à equipe, pois, ao mesmo tempo em que sentem que devem entregar seus bebês aos cuidados de outros, têm consciência de que os profissionais se dedicam à sua criança. Assim, a equipe costuma ser alvo de projeções intensas da família, o que facilmente desencadeia conflitos na relação (VALANSI; MORSCH, 2004).

Diante disto, o psicólogo poderá realizar seu trabalho de forma a tornar-se mediador das relações entre equipe e familiares, bem como auxiliar a equipe no enfrentamento das situações de estresse, frequentes no ambiente da UTI, por meio de treinamentos, reuniões multidisciplinares, ou até mesmo rodas de conversa. Principalmente nos casos em que há mau prognóstico, quando não só os familiares, mas também as equipes se deparam com a possibilidade de morte dos neonatos, a intervenção do psicólogo se torna fundamental. Nestes momentos é possível trabalhar com a equipe temas como comunicação de más notícias, luto antecipatório, cuidados paliativos, entre outros, facilitando momentos de reflexão e auxiliando-os na construção de estratégias de enfrentamento diante das emoções vivenciadas diariamente no seu ambiente de trabalho, especialmente naqueles que se referem a neonatos com possibilidade de inserção em cuidados paliativos.

CUIDADOS PALIATIVOS: PRINCÍPIOS GERAIS

Os cuidados paliativos são definidos como uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e familiares que estão em um processo de adoecimento sem perspectivas de cura (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002). Entre seus objetivos está o de favorecer o acesso à informação e o suporte por meio da prevenção e identificação precoce e tratamento da dor e de outros sintomas de ordem biopsicossocial e espiritual de modo a aliviar o sofrimento. Os profissionais de cuidados paliativos buscam proteger a pessoa doente desde o diagnóstico da doença, intensificando a assistência em seu último período de vida, resguardando-a de sofrimentos evitáveis. Por meio da integração de ações médicas, de enfermagem, psicológicas, nutricionais, sociais, espirituais e de reabilitação, pretende-se influenciar o tipo de morte que o paciente terá (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Dessa forma, entre os princípios dos cuidados paliativos estão: promover alívio da dor e outros sintomas que causam sofrimento; afirmar a vida e considerar a morte um processo natural; não apressar, nem retardar a morte; integrar os aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado do paciente; oferecer sistema de apoio com o intuito de ajudar pacientes a viverem ativamente tanto quanto possível até a morte; oferecer sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e seu próprio luto; reforçar e aprimorar a qualidade de vida e, também, influenciar positivamente o curso da doença; e

incluir investigações necessárias para o melhor entendimento e abordagem das complicações clínicas que causam sofrimentos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

A prestação de ações paliativas em sentido genérico está naturalmente implícita na abordagem ao paciente, sendo uma parte importante do trabalho da maioria dos profissionais de saúde, independentemente de sua formação particular. No entanto a prestação diferenciada de cuidados paliativos a pessoas em fase avançada de doença incurável com grande sofrimento merece destaque e priorização nas políticas nacionais de saúde (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Assim, a prática dos cuidados paliativos requer organização própria e abordagem específica, levadas a efeito por equipes técnicas preparadas. Recomenda-se que esta abordagem seja feita de maneira programada e planejada, numa perspectiva de apoio global aos múltiplos problemas dos pacientes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002). Por estar mais reconhecidamente atrelado à ocorrência de doenças crônicas e que, após longo período de tratamento, culminam com ações paliativas, há ainda dificuldade em discutir cuidados paliativos em UTI Neonatal. Porém, conforme se verá a seguir, há uma parcela de neonatos que podem beneficiar-se com ações decorrentes desta abordagem de cuidados.

CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI NEONATAL

O tratamento de prematuros extremos levanta muitos dilemas éticos, visto que o limite de viabilidade foi mudando nos últimos anos. Na década de 1970 se falava em 28 semanas de gestação; anos depois, em 26 semanas e na década de 1990, em 24 semanas. Atualmente, a maior parte das sociedades científicas considera o limite de viabilidade entre 23-25 semanas gestacionais (SEBASTIANI; CERNADAS, 2008). Apesar destes avanços, devido em parte às mudanças tecnológicas, uma considerável parte de bebês que necessita de cuidados intensivos poderia beneficiar-se de terapêuticas paliativas, principalmente aqueles considerados prematuros extremos e os acometidos por doenças graves ameaçadoras da vida e que podem, em alguns casos, ser diagnosticadas antes mesmo do nascimento (LIMA e SOUZA, 2011).

Além da condição de prematuridade extrema para os quais é elevado o risco de morte, são considerados recém-nascidos graves ou de alto risco aqueles que apresentam complicações relacionadas à prematuridade e baixo peso ao nascimento, malformações congênitas, sepse, complicações durante a gestação, afecções no sistema circulatório, asfixia perinatal e outras complicações ocorridas no momento do parto (MARTIN et al., 2003). Assim, estaria indicada mudança no foco terapêutico principalmente nos casos de recém-nascidos com condições clínicas que levam inevitavelmente ao óbito apesar da intervenção médica, por serem portadores de síndromes incompatíveis com a vida ou extremamente prematuros, entre outras condições em que o equipamento biológico inato

do indivíduo está profundamente comprometido (RIBEIRO; REGO, 2008).

Em todos estes casos, a implementação de programas de cuidados paliativos em UTI Neonatal tem por finalidade proporcionar a melhor qualidade de vida possível ao recém-nascido durante a fase terminal, promover conforto, aliviar os sintomas físicos, bem como o sofrimento emocional e espiritual da família, manter o respeito e a integridade no que se refere às práticas e crenças culturais e espirituais dos familiares, além de garantir suporte emocional à família, mesmo após a morte (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000).

Devem ser incluídas no tratamento ao neonato medidas como aconchego e posicionamento adequado no leito e no colo dos pais, sempre que possível. Ainda, é de grande relevância que se possibilite a permanência contínua dos pais junto ao recém-nascido. São importantes o controle ou a minimização da dor, do desconforto respiratório, além do controle de manifestações anormais do sistema nervoso central, em especial a ocorrência de crises convulsivas (BARBOSA et al., 2008).

Apesar dos avanços nas discussões éticas e estabelecimento de parâmetros de trabalho, a transição dos cuidados curativos para paliativos representa um poderoso desafio para os médicos (BARBOSA et al., 2008). A decisão de substituir a assistência curativa pela paliativa deve ser tomada conjuntamente, considerando-se, principalmente, o posicionamento das equipes médica, de enfermagem e das famílias. Os pais têm o direito de decidir sobre o tratamento de seu bebê. Assim, o processo de decisão deve ser baseado na confiança entre equipe neonatal e pais, e requer tempo, informação, honestidade e empatia (HENTSCHEL et al., 2006).

Neste sentido, cabe lembrar que, desde o momento do nascimento e internação em uma unidade de terapia intensiva, os pais são dominados por uma dolorosa quebra de expectativas, um sentimento de impotência perante a doença e grande angústia pela proximidade da morte. Por este motivo, e ainda mais quando existe a tomada de decisão quanto à mudança de foco terapêutico, as famílias de um recém-nascido com uma condição de vida limitada necessitam se sentir cuidadas, acarinhadas e ligadas aos profissionais de saúde. No entanto, a responsabilidade do seu papel parental deverá permanecer, mesmo quando o seu filho estiver a morrer (SILVA, 2013).

A literatura, portanto, tem apontado a importância da implantação de cuidados paliativos sistematizados neste período da vida, considerando que parte dos neonatos internados em unidades de terapias intensiva apresenta critérios para esta indicação. Apesar disso, mesmo considerando que mais crianças morrem no período neonatal do que em qualquer outra fase da vida, nestes casos raramente são oferecidos os cuidados paliativos (MOURA et al., 2011). Esta barreira se deve ao fato de que alguns médicos questionam o amparo ético e legal e não se sentem seguros ao limitar os tratamentos (PIVA; GARCIA; LAGO, 2011).

Para evitar que bebês e familiares deixem de receber o tratamento adequado de sintomas biopsicossociais e espirituais, os profissionais de saúde que prestam cuidados

diretos ao recém-nascido devem ter formação adequada e de modo contínuo, tanto em comunicação de más notícias como na identificação das necessidades da família, na sensibilidade para o sofrimento e vulnerabilidade e para a espiritualidade que envolve os momentos difíceis na doença grave e no processo de morrer (SILVA, 2013). A equipe assistencial deve estar atenta a essas questões a fim de manter um diálogo sem julgamentos e auxiliar a família no melhor direcionamento possível para decisões que refletirão em seu futuro (BARBOSA et al., 2008).

Assim, elaborar e implementar programas de Cuidados Paliativos neonatais são medidas necessárias nas unidades que prestam assistência a recém-nascidos gravemente enfermos. Estes programas devem oferecer subsídios para a abordagem não apenas do recém-nascido (RN) fora de possibilidades terapêuticas, mas devem estender-se àqueles que acompanham o processo de morrer, ou seja, à família e à equipe assistencial (BARBOSA et al., 2008).

PSICOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI NEONATAL

Acompanhar crianças que acabaram de nascer em seu processo de morrer é um evento doloroso para todos que o vivenciam. Os cuidados paliativos permitem a possibilidade da aceitação do processo de morrer como um ato humano, algo que faz parte da vida, assim como nascer ou viver. Por meio deste enfoque, o que se favorece no momento da morte não é o apressamento ou prolongamento desta, e sim a criação de um espaço para as despedidas, a preparação para a separação e a atenção às necessidades dos familiares (KOVÁCS, 2003).

O trabalho em cuidados paliativos acontece em equipes multidisciplinares, devido aos diversos aspectos no processo de morrer e no sofrimento humano advindo deste. O resgate do que é humano no processo de morrer dos bebês internados em UTI Neonatal talvez possa lançar luz sobre esta abordagem tão nova e ao mesmo tempo tão antiga. As crianças, com menos de um mês de vida, não podem comunicar seus desejos e escolhas, comprometendo os princípios de autonomia, competência e participação no tratamento. Neste sentido, a facilitação da comunicação entre as diversas partes envolvidas na tomada de decisões é uma tarefa essencial do psicólogo na equipe, além da facilitação da expressão e elaboração de sentimentos presentes neste contexto (KOVÁCS, 2003).

Em um primeiro momento, a atuação do psicólogo em cuidados paliativos não se difere do que já faz parte da sua prática: o estabelecimento de vínculo com os familiares, bem como o estímulo de vínculo entre familiares e demais profissionais componentes da equipe; o estímulo à expressão de sentimentos e dúvidas dos familiares; a mediação do diálogo e investimento na comunicação entre os envolvidos nos processos de tratamento; o que se difere é que o psicólogo paliativista promove juntamente com a equipe a compreensão da família acerca do quadro clínico, sobre a mudança de foco terapêutico e sobre os objetivos dos cuidados paliativos. As atribuições do psicólogo podem englobar

cuidados psicológicos como acolhimento, apoio, suporte, psicoterapia e o trabalho em grupos (KRODI, 2008).

ATUAÇÃO COM A FAMÍLIA

Para os pais, seis pontos fundamentais relacionam-se ao emprego dos cuidados paliativos: informações honestas e completas, contato direto com os profissionais da unidade, prestação de cuidados e comunicação de modo uniforme, apoio emocional, preservação da integridade do relacionamento entre pais e filho e sustentação da fé. Dessa forma, oferecer suporte emocional à família propicia formação de vínculo, aceitação da ocorrência inevitável da morte, vivência do luto e atenuação do sofrimento (MEYER et al., 2006).

Destaca-se, assim, a comunicação como ponto fundamental para a relação entre equipe e família e para a condução de condições críticas. Em algumas situações, a equipe pode enfatizar tanto a possibilidade de morte da criança que isto por vezes dificulta o vínculo entre os pais e seu filho ou ainda prejudica a aceitação dos pais em casos de possível alta hospitalar (LIMA e SOUZA, 2011). Dessa forma, há uma necessidade de que as informações sejam fornecidas de modo consistente pela equipe de saúde, possibilitando aos pais estarem próximos aos seus filhos enquanto a situação clínica permitir.

Nesta perspectiva, para o planejamento de sua intervenção, é importante que o psicólogo avalie: o estado emocional dos familiares; a relação que estabelecem com o adoecimento, diagnóstico e prognóstico; a dinâmica familiar, incluindo as estratégias de enfrentamento e defesas, conflitos, relacionamento interpessoal; e as crenças e valores relacionados à morte e ao morrer. O psicólogo estimula a família a pensar e falar livremente sobre sua situação, de modo a legitimar seu sofrimento e contribuir para a elaboração das experiências de adoecimento, processo de morte e luto. A partir disso, poderá atuar com os familiares: dando suporte para tomada de decisões, expressão de dúvidas; na elaboração de lutos por perdas e luto antecipatório; e na mediação de diálogos críticos (NUNES, 2012).

O luto comum a todo nascimento, do bebê real ao bebê imaginado, pode ser intensificado ou impossibilitado quando este bebê precisa permanecer sob cuidados médicos intensivos em uma UTI Neonatal. Daí a importância de o psicólogo buscar abrir um espaço no qual certo tipo de fala e de escuta seja possível para que pais e bebês possam se reencontrar, colocando palavras no que estão vivendo (KRODI, 2008).

Considerando a inserção em cuidados paliativos como um momento crítico, caso a família deseje, é possível a inserção de outros familiares, amigos, conselheiros espirituais no programa, visto que podem também oferecer apoio e suporte emocional (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000). Cabe ao psicólogo atuar como ponto de ligação entre a família e a equipe na busca de respostas para enfrentar a fase final de

vida, avaliando estas necessidades específicas de intervenção e buscando garantir que os pais sintam-se apoiados e atendidos em suas necessidades. Ainda, é importante que este profissional contribua de maneira a fortalecer a família para que faça uma boa comunicação com a equipe, desenvolva seu senso de controle diante do que sabe e também do que não sabe, possa entender o processo da morte e identificar sintomas que requerem atenção, para ser um agente eficiente na busca dessa solução junto à equipe (FRANCO, 2008).

Durante o processo de morte, o psicólogo pode buscar, em conjunto com a equipe, disponibilizar um espaço para que a família faça sua despedida, favorecendo o contato com o recém-nascido. Além disso, considerando que em grande parte das vezes as recordações da vida deste bebê estarão ligadas ao período de internação, o psicólogo pode providenciar que lembranças como identificação da incubadora, cartão do RN, desenhos feitos pelos irmãos durante a internação e fotos sejam entregues aos familiares (BARBOSA et al., 2008).

Finalmente, a prestação de cuidados à família não termina com a morte neonatal, mas deve ser estendida durante o período de luto. Um primeiro contato com a família pode ser feito por telefone, entre sete e dez dias após o óbito, para oferecer suporte emocional e espiritual, abertura para uma conversa e para o esclarecimento de eventuais dúvidas (BARBOSA et al., 2008). Também é indicado o envio de carta de condolências assinada por todos os profissionais da equipe, como forma de encerrar de modo humanizado o atendimento aos familiares. Em alguns casos, poderá ser necessário agendar atendimento presencial na forma de acolhimento e providenciar encaminhamentos a serviços de psicologia em nível ambulatorial ou clínico.

ATUAÇÃO COM A EQUIPE

Na relação com o paciente e sua família, pode haver projeção, na pessoa do profissional, de fortes sentimentos de raiva e hostilidade, derivados da impotência diante da doença, pois o desejo dos pais é de certezas e garantias. É comum, no trabalho em UTI Neonatal o desconforto e o mal-estar dos profissionais advindos do fantasma da morte que para eles deve ser evitada a qualquer custo. Sendo assim, as incubadoras vazias pelos óbitos ocorridos frequentemente no período noturno são rapidamente preenchidas por novos bebês sem que se possa falar do investimento da equipe no bebê anterior e da dor de perdê-lo. Para os profissionais que acompanham pacientes que estão em cuidados paliativos, é importante garantir tempo e espaço para que possam elaborar seus próprios sentimentos e fazer seu luto (KRODI, 2008).

Considerando que a equipe que presta assistência ao neonato fora de possibilidades terapêuticas curativas também precisa de suporte e tendo em vista a realidade de grande parte dos hospitais, que raramente contam com apoio psicológico para seus profissionais, em muitos casos caberá ao psicólogo da equipe oferecer espaço

de escuta e alertar aos demais profissionais sobre a necessidade de reconhecer e elaborar sentimentos suscitados neste contexto. A perda de um paciente costuma vir associada ao insucesso, à ineficiência da equipe e dos recursos utilizados; não se encara a morte, em especial a morte no período neonatal, como um processo natural. Assistir ao RN fora de possibilidades terapêuticas curativas e suas famílias causa um acentuado impacto entre os profissionais, que também são submetidos a desgaste físico, emocional e espiritual. Grupos de discussão e de apoio permitem que os profissionais verbalizem seus sentimentos, dúvidas e angústias, e os auxiliam a entender os processos de cuidar (BARBOSA et al., 2008).

Para além das questões suscitadas pela especificidade da atividade, há que se considerar que cuidados paliativos em UTI Neonatal ainda são recentes, tanto para equipe de saúde quanto para os familiares. Sendo um tema ainda pouco discutido, as equipes, muitas vezes, mostram-se resistentes à mudança do foco terapêutico por medo, insegurança, falta de amparo jurídico, e ainda pela dificuldade de romper padrões preestabelecidos na formação profissional. Outro fator que influencia é a falta de preparo nos cursos de formação, não só de medicina e enfermagem, mas da própria psicologia, que não ensina os acadêmicos em relação à temática da morte e do processo de morrer (BIFULCO; IOCHIDA, 2009).

Ao contrário, os aparelhos, medicamentos, procedimentos e especializações foram criados para dar conta desta nova especialidade e buscar salvar a vida de bebês prematuros, malformados ou com doenças congênitas graves. A hegemonia da técnica coloca em questão a ética e os efeitos da técnica, tendo os meios como superiores aos fins. Destaca-se que o desafio e as indagações dos profissionais da saúde devem incidir sobre as questões éticas que envolvem a utilização ou não desses recursos para prolongar a vida e, assim, adiar a morte (KRODI, 2008).

Os médicos que atuam em UTI Neonatal enfrentam a angústia de muitas vezes não poderem realizar a essência de sua profissão: diagnosticar e curar. Sentem uma ameaça ao seu saber, desqualificado por um bebê que coloca enigmas como prematuros extremos, bebês com mosaicos de síndromes genéticas ou malformações que apresentam sinais clínicos inexplicáveis. É com falta de garantias de sucesso sobre a morte que o médico se encontra diante da condição humana de desamparo. Nestes casos, a equipe muitas vezes não está preparada para nomear e dar luz à própria angústia, nem suportar o sofrimento quando presente nos bebês e em seus pais, sendo que o mal-estar deve ser rapidamente eliminado (KRODI, 2008).

É neste contexto que o psicólogo pode atuar junto à equipe. Entre suas intervenções, podem estar a mediação da comunicação; o estímulo à consideração das crenças, valores e desejos da família para as tomadas de decisão em condutas clínicas; e a oferta, mesmo que de forma indireta, de suporte emocional frente à possibilidade de morte e perda de pacientes que acabaram de iniciar sua vida. Além disso, o psicólogo poderá contribuir para a promoção de mudança na cultura assistencial, desmistificando concepções errôneas acerca de conceitos como eutanásia, distanásia e ortotanásia

(ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Para identificar possibilidades de trabalho com a equipe é importante que o psicólogo mantenha canais de comunicação eficientes com os profissionais, de modo a perceber circunstâncias em que sua intervenção se faz necessária (NUNES, 2012). Assim, o psicólogo pode atuar indiretamente junto à equipe preparando-a para as demandas advindas com o trabalho de cuidados paliativos (FRANCO, 2008).

Finalmente, é importante que o objeto idealizado de amor – de pais e profissionais - seja dado como verdadeiramente perdido para que se possa tolerar a realidade do desamparo, a condição do limite, da finitude, da solidão. E é neste contexto que cabe ao psicólogo, enquanto profissional que tem como possibilidade o resgate do humano, trabalhar no acompanhamento do processo de morrer de seus pequenos pacientes. “Escutar, reconhecer e permitir que bebês, pais e profissionais possam falar do desamparo e dos interditos dessa experiência que diz de todos nós” (KRODI, 2008, p.128-129).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nossa sociedade, poucas são as oportunidades em que se discutem temas relacionados à morte. Este traço característico da cultura ocidental está presente também na formação dos profissionais de saúde, preparados, em sua grande maioria, para enfrentar desafios relacionados ao paradigma do “cuidar para curar”. Quando a cura não é possível, parece difícil aos profissionais aceitar a limitação das terapêuticas e da tecnologia, tão presente e idolatrada em unidades de terapia intensivas. Quando se soma a impossibilidade de curar à condição de recém-nascido, os desafios da quebra deste paradigma aumentam. Torna-se, neste sentido, um grande desafio encarar o fato de que aquele que acabou de nascer pode em pouco tempo morrer.

Fato é que, ao serem internados nestas unidades, muitos neonatos têm perspectiva de cura. Porém, uma parcela deles, já descrita na literatura médica, é comumente acometida de condições para os quais as terapêuticas curativas não terão o sucesso desejado por familiares e equipes. E ainda assim estes bebês continuarão necessitando de tratamento. Para estes casos, os cuidados paliativos representam a possibilidade de resgate do cuidado humanizado para todos os envolvidos no processo. É a oportunidade que pacientes e familiares têm de serem assistidos adequadamente em suas necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais, e de que as equipes de saúde tenham o amparo para a tomada de decisões e o suporte para os desafios de quem trabalha cotidianamente com os limites da vida.

Além disso, esta abordagem de tratamento propõe e visa preparar os profissionais de saúde para o controle adequado de sintomas como a dor, ainda pouco considerada no tratamento de neonatos, e para o investimento em conforto e qualidade de vida; para uma comunicação adequada entre equipe e família que possibilite aos pais

lidarem com a realidade crítica que enfrentam e a possibilidade de óbito, sem que isso comprometa o processo de vinculação com seus bebês; e para o acolhimento dos familiares envolvidos no processo, oferecendo apoio durante a hospitalização e nos processos de luto.

Considerando a participação do psicólogo no trabalho de humanização em saúde, suas intervenções contribuem para a execução de cuidados paliativos de qualidade. Neste artigo, buscou-se descrever as principais atribuições deste profissional enquanto parte da equipe de cuidados paliativos em neonatologia, a partir das especificidades deste campo de atuação.

Destacaram-se neste contexto de trabalho do psicólogo o apoio emocional aos familiares, a escuta qualificada, o suporte para tomada de decisões, o auxílio na elaboração das vivências relacionadas ao afastamento dos bebês e entrega dos cuidados a terceiros, à prematuridade não só dos filhos e filhas, mas também dos pais, bem como no enfrentamento dos processos de luto. Com a equipe, evidenciaram-se a mediação da comunicação entre seus membros e também com os familiares, a escuta e o espaço para o reconhecimento das angústias suscitadas pelas demandas de trabalho, e a necessidade de produzir aprimoramento em temas como comunicação de más notícias, controle de sintomas e apoio ao luto.

Por fim, cabe lembrar que o psicólogo, enquanto parte da equipe de cuidados paliativos, estará constantemente frente à necessidade de avaliar suas próprias posições frente a questões sobre tratamento e cura, morte e vida. Tudo isso certamente o colocará frente ao imperativo de revisitar suas certezas e o seu fazer profissional, implicando na necessidade constante de aperfeiçoamento.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro, RJ, 2012.

AL-ALAYAN, S.; AL-HAZZANI, F. The need for a hospital-based neonatal palliative care programs in Saudi Arabia. **Annals of Saudi Medicine**, v. 29, nº 5, 2009, p. 337-341.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on bioethics and Committee on Hospital Care. **Pediatrics**, v. 106, nº 2, p. 351-7, 2000.

BALTAZAR, D. V. S.; GOMES, R. F. de S.; CARDOSO, T. B. D. Atuação do psicólogo em unidade neonatal: rotinas e protocolos para uma prática humanizada. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, nº 1, jun. 2010.

BAPTISTA, A. S. D.; AGOSTINHO, V. B. M.; BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R. Atuação Psicológica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTI NEO. IN: BAPTISTA, M. N. **Psicologia Hospitalar: teoria, aplicação e casos clínicos**. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, p. 121- 137.

-
- BARBOSA, S. M. de M., LIMA E SOUZA, J. BUENO, M. SAKITA, N. K; BUSSOTTI, E. A. Período Neonatal. IN: OLIVEIRA, R. A. **Cuidados Paliativos**. São Paulo: CREMESP, 2008, p. 139-152.
- BHATIA, J. Palliative care in the fetus and newborn. **Journal of Perinatology**, v. 26, nº S1, 2006, p. S24-S26.
- BIFULCO, V. A.; IOCHIDA, L. C. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. **Rev Bras Educ Med**, v. 33, nº 1, p. 92-100, 2009.
- CATLIN, A.; CARTER, B. Creation of a neonatal end-of-life palliative care protocol. **Journal of Perinatology**, v. 22, nº 3, 2002, p.184-195.
- COSTA, R.; PADILHA, M. I Percepção da equipe de saúde sobre a família na UTI neonatal: resistência aos novos saberes. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, nº 2, p. 231-235, 2011.
- ELEUTÉRIO. F. R.R.; ROLIM, K. M. C.; CAMPOS, A. C. S.; FROTA, M. A; OLIVEIRA, M. M. C. O imaginário das mães sobre a vivência no método mãe-canguru. **Ciênc. cuid. Saúde**, v. 7, nº 4, p.439-46, 2008.
- FLORIANI, C. A. Cuidados paliativos no domicílio: desafios aos cuidados de crianças dependentes de tecnologia. **J. Pediatria**, Porto Alegre, v. 86, nº 1, p. 15-19, 2010.
- FRANCO, M. H. P. Psicologia. IN: **CUIDADO PALIATIVO**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p. 74-76.
- GOMES, A.L.H. Relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidade de intervenção da equipe multiprofissional. São Paulo: **Revista de Psicologia Hospitalar**, v. 2 nº 2, 2002.
- HENTSCHEL, R.; LINDNER, K; KRUEGER, M; REITER-THEIL, S. Restriction of Ongoing Intensive Care in Neonates: A Prospective Study. **Pediatrics**, v. 118, nº 2, 2006.
- KERNKRAUT, A. M.; ANDREOLI, P. B. de A. Humanização em UTI Neonatal. IN: KNOBEL, E, ANDREOLI, P. B. de A.; ERLICHMAN, M. R. (Orgs.). **Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves**. São Paulo: Atheneu, 2008.
- KÓVACS, M. J. Atendimento psicológico em unidades de cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 56, nº 8, p. 786-794, 1999.
- KÓVACS, M. J. **Educação para a Morte**: um desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- KRODI, P. Cuidados Paliativos em neonatologia: a escuta do indizível. In: KUPFER, C. M.; TEPERMAN, D. (Org.). **O que os bebês provocam nos psicanalistas**. São Paulo: Escuta, 2008. p. 115-134.
- LIMA E SOUZA, J. Cuidados paliativos em neonatologia. IN: MORITZ, R. D. (Org.) **Conflitos bioéticos do viver e do morrer**. Brasília, CFM, 2011.
- MACHADO, M. E. da C. Casais que recebem um diagnóstico de malformação fetal no
-

pré-natal: uma reflexão sobre a atuação do Psicólogo Hospitalar. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, nº 2, dez. 2012.

MARTIN J.A.; KOCHANCK K.D.; STROBINO, D. M.; GUYER, B.; MACDORMAN, M. F. Annual Summary of Vital Statistics 2003. **Pediatrics**, v. 115, nº 3, 2005, p. 619-634.

MEYER, E. C.; RITHOLZ, M.D.; BURNS, J.P.; TRUOG, R.D. Improving the quality of end-of-life care in the pediatric intensive care unit: parents' priorities and recommendations. **Pediatrics**, v. 117, nº 3, 2006, p. 649-657.

MOURA, H. COSTA, V.; RODRIGUES, M.; ALMEIDA, F.; MAIA, T.; GUIMARÃES, H. End of life in the neonatal intensive care unit. **Clinics**, São Paulo, v. 66, nº 9, 2011.

NIERI, L. Intervención paliativa desde la psicología neonatal. **Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá**, v. 31, nº 1, 2012.

NUNES, L. V. Papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos. IN: ANCP. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

OLIVEIRA, I. C. dos S.; RODRIGUES, R. G. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 14, nº 4, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2002. **Definition of Palliative Care**. Disponível em: <www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. Acesso em: 14 dez. 2013.

PIVA, J. P.; GARCIA, P. C. R.; LAGO, P. M. Dilemas e dificuldades envolvendo decisões de final de vida e oferta de cuidados paliativos em pediatria. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 23, nº 1, 2011.

RIBEIRO, C. D. M.; REGO, S. Bioética Clínica: Contribuições para tomada de decisões em unidades de terapia intensiva neonatais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13, p. 2239-2246, 2008.

RODRIGUES, A. S.; JORGE, M. S. B.; MORAIS, A. P. P. Eu e meu filho hospitalizado: concepção das mães. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 6, nº 3, 2012.

SEBASTIANI, M; CERNADAS, J. M. C. Aspectos bioéticos en el cuidado de los recién nacidos extremadamente prematuros. **Arch. argent. pediatr.** v. 106, nº 3, 2008, pp. 242-248.

SILVA, L. J. da. Acerca de "Fim de Vida em Neonatologia: Integração dos Cuidados Paliativos". **Acta Med Port**, v. 26, nº 4, 2013, p. 297-298.

SOUZA, M. T.; SILVA, M.D; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: O que é e como fazer. **Eisntein**, 8, 2010, p.102-106.

VALANSI, L.; MORSCH, D. S. O Psicólogo como Facilitador da Interação Familiar no Ambiente de Cuidados Intensivos Neonatais. **Psicol. cienc. prof.**, v. 24, nº 2, pp. 112-119, 2004.

Estética e Saúde

BELLE ÉPOQUE DA ESTÉTICA: NECESSIDADE DE PROFISSIONALIZAÇÃO

Aesthetic Belle Époque: the need for professionalization

Cyntia Leila Stiz Gessner¹
Everaldo da Silva²

Recebido em: 14 out. 2015
Aceito em: 14 nov. 2015

RESUMO: A tecnologia de cosméticos e de equipamentos elétricos utilizados em estética evoluiu muito nos últimos anos, exigindo um conhecimento amplo e aprofundado na área. Os recursos estão cada vez mais avançados e talvez até perigosos para a saúde humana se usados inadequadamente. Buscando acompanhar esta evolução, iniciaram de maneira incipiente os primeiros cursos superiores de estética pelo Brasil. O presente trabalho teve como objetivo nortear sobre a formação teórica, prática e legal necessária para a estruturação de um curso superior direcionado para a área estética. Pretendeu-se proporcionar maior clareza para a formação acadêmica destes profissionais, bem como demonstrar a importância e a necessidade desta profissão conquistar a sua regulamentação e conseqüentemente a autonomia no mercado de trabalho. O panorama econômico atual faz com que o mercado precise de profissionais com formação estética especializada, regularizada e reconhecida. Com isso torna-se claro a necessidade de cursos superiores em estética, exigindo do Ministério da Educação um olhar especial, com políticas claras e com a agilidade que economia brasileira está se desenvolvendo, destacando e crescendo.

Palavras-chave: Estética. Tecnólogo em estética. Educação tecnológica.

ABSTRACT: The technology of cosmetics and electric equipment used at aesthetic have intensively developed during the last years, demanding a wide and deep knowledge of the area. The resources are more advanced and maybe even more dangerous to human health if used inappropriately. In order to keep up with such evolution, the first incipient graduation courses on aesthetics have started throughout Brazil. The current essay had as goal to guide about theoretical, practical and legal formation necessary to the structure of a graduation course regarding aesthetics. It was intended to provide clarity to the academic formation of those professionals, as well as to demonstrate the importance and the need of such profession to conquest its regulation and, therefore, its autonomy in the labor market. The current economic scenery makes the market need professionals with specialized aesthetics graduation, regulated and acknowledged. Therewith the need of graduation courses in aesthetics is clear, demanding *Ministério da Educação* a special look, with clear policies and the agility that the Brazilian economy is growing, developing, highlighting itself.

Keywords: Aesthetics. Technologist in aesthetics. Technology education.

¹ Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. FAMEBLU/SC. E-mail: cyntiagessner@gmail.com.

² Doutor em Sociologia Política. SOCIESC/SC. E-mail: prof.evesilva@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A simples observação do comportamento humano em qualquer período da história revela uma busca contínua da correção de características anatômicas inestéticas do contorno corporal, sejam elas herdadas ou adquiridas. O sentimento de pertencer a um grupo social, possuindo traços e contornos corporais condizentes com os padrões existentes, tão necessários para o equilíbrio psíquico do indivíduo, faz da imagem corporal um elemento fundamental para a caracterização da saúde plena dos indivíduos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA ESTÉTICA, 2010).

A construção da imagem do corpo, bem como a percepção sobre o que é belo, se dá na cultura e nos valores presentes na vida social. Assim, enquanto para o pensamento grego a beleza coincidia com a verdade, porque a verdade produzia a beleza, para os românticos do século XVIII é a beleza que produz a verdade. Já na Idade Média, o corpo e a beleza eram criações divinas e por isso os padrões de beleza recusavam o artifício, a ilusão e a transgressão do natural (MARIUZZO, 2012).

O estilo de beleza mudou muito ao longo dos tempos e também conforme a região geográfica, mas independente do estilo de beleza determinado, sempre houve grande procura por tratamentos estéticos que proporcionassem a melhora na aparência.

Historicamente, somente as mulheres ricas ou nobres desfrutavam de recursos mais sofisticados para se enfeitarem e cuidarem da aparência. As mulheres que não tinham acesso a esses recursos recorriam a truques de beleza, quase sempre ligados aos produtos que manipulavam no dia a dia em casa como ovos, leite, manteiga, para usarem na pele e nos cabelos de variadas formas. Assim começaram a surgir os primeiros estabelecimentos de estética, em que algumas mulheres que dominavam técnicas de embelezamento as aplicavam em outras mulheres, em suas próprias casas, recebendo algo em troca como dinheiro, comida, roupas (WERNER, 2009).

Hoje, a preocupação estética é introduzida cada vez mais cedo no universo infantil ou adolescente por meio dos produtos da indústria da moda, da indústria de cosméticos, medicamentos, dietas e culto ao corpo; o componente estético passa a ocupar um lugar de destaque na vida de todos, gerando preocupações, angústias e um controle rígido acerca da imagem do corpo e da adequação dessa imagem às normas sociais. Nunca se falou tanto em dieta, alimentos saudáveis, recomendáveis, alimentação (in)adequada, controle de calorias, índice de massa corporal, obesidade, anorexia, bulimia, dismorfia, ou seja, técnicas disciplinares, procedimentos reguladores que incluem até as crianças no mundo dos cosméticos, produtos e tratamentos de beleza, controle alimentar, etc (FERREIRA, 2010).

A competitividade na sociedade contemporânea faz com que os indivíduos lidem com a auto estima, com sua estética e com a necessidade de sentir-se bem consigo mesmo, como prioridades e elementos indispensáveis para o seu bem estar pessoal e sucesso profissional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA ESTÉTICA, 2010).

A tecnologia de cosméticos e de equipamentos elétricos utilizados em estética evoluiu muito nos últimos anos, exigindo um conhecimento amplo e aprofundado na área. Os recursos estão cada vez mais avançados e talvez até perigosos para a saúde humana se usados inadequadamente. Atualmente observa-se mudanças no mercado de trabalho, em que as pessoas também exigem maior qualidade no atendimento e principalmente cientificidade para que se tenha segurança e credibilidade no tratamento estético.

A profissão não pode ser um arsenal de protocolos prontos utilizados para todas as pessoas sem levar em consideração as características e as necessidades de cada corpo e com profissionais sem formação estética atuando e ocasionando riscos a saúde humana bem como comprometendo a eficácia do tratamento realizado. Buscando acompanhar esta evolução, iniciaram de maneira incipiente e sem muito amparo legal os primeiros cursos superiores de estética pelo Brasil.

A partir do exposto, o presente trabalho tem como objetivo nortear sobre a formação teórica, prática e legal necessária para a estruturação de um curso superior de estética.

Com a fundamentação teórica sobre as ações do profissional de estética ao longo do tempo, acrescida da evolução do conhecimento sedimentado pretende-se proporcionar maior clareza para a formação acadêmica destes profissionais, bem como demonstrar a importância e a necessidade destes profissionais conquistarem a sua regulamentação e consequentemente a autonomia profissional.

MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica documental realizada durante o período do mês de junho a setembro de 2012. Inicialmente foi realizado um aprofundamento da profissão de estética e de suas regulamentações, que foram aprovadas ou que estão tramitando para aprovação, seguido do entendimento da educação tecnológica e propondo orientações para a estruturação acadêmica em estética.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PROFISSIONAL DE ESTÉTICA

Foi aprovado pela Portaria nº 397, de 09 de outubro de 2002 para uso em todo território nacional a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, que é um documento normalizador do reconhecimento da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. É ao mesmo tempo uma classificação

enumerativa e uma classificação descritiva. A Classificação dos profissionais de estética ficou com a numeração 3221, com o título de Tecnólogos e técnicos em terapias alternativas e estéticas (BRASIL, 2002a), conforme a tabela a seguir:

Tabela 1- Classificação das Ocupações

Código – Família	Título
3221	Tecnólogos e técnicos em terapias alternativas e estéticas
3221-05	Técnico em acupuntura: Acupuntor, Acupunturista, Técnico corporal em medicina tradicional chinesa
3221-10	Podólogo: Técnico em podologia
3221-15	Técnico em quiropraxia: Quiropata, Quiropraxista, Quiroprático
3221-20	Massoterapeuta: Massagista, Massoprevencionista
3221-25	Terapeuta holístico: Homeopata (não médico), Naturopata, Terapeuta alternativo, Terapeuta naturalista
3221-30	Esteticista - Esteticista corporal, Esteticista facial, Tecnólogo em cosmetologia e estética, Tecnólogo em cosmetologia e estética facial e corporal, Tecnólogo em estética, Tecnólogo em estética corporal, facial e capilar, Tecnólogo em estética e cosmética, Técnico em estética

Fonte: BRASIL, (2002a).

Está tramitando na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 959 de 2003, que visa regulamentar as profissões de Técnico de Estética e de Terapeuta Esteticista. Este Projeto descreve que somente podem exercer a atividade de técnico de estética e de terapeuta esteticista, respectivamente, os portadores de diploma com formação em estética facial e corporal ou de diploma de nível superior em estética. Também garante o exercício profissional daqueles que exercem a atividade há mais de cinco anos (BRASIL, 2003).

A Lei nº 12.592, de 18 de janeiro de 2012 reconheceu, em todo o território nacional, o exercício das atividades profissionais de Cabeleireiro, Barbeiro, Esteticista, Manicure, Pedicure, Depilador e Maquiador. Descreve que são profissionais que exercem atividades de higiene e embelezamento capilar, estético, facial e corporal dos indivíduos (BRASIL, 2012).

Os tecnólogos e técnicos em terapias alternativas e estéticas são considerados profissionais que:

Aplicam procedimentos estéticos e terapêuticos manipulativos, energéticos e vibracionais. Os procedimentos terapêuticos visam a tratamentos de moléstias psico-neuro-funcionais, músculo-esqueléticas e energéticas; além de patologias e deformidades podais. Para tanto, avaliam as disfunções fisiológicas, sistêmicas, energéticas, vibracionais e inestéticas dos pacientes/clientes. Recomendam a seus pacientes/clientes a prática de exercícios, o uso de essências florais e fitoterápicos com o objetivo de reconduzir ao equilíbrio energético, fisiológico e psico-orgânico; bem como cosméticos, cosmeceuticos e óleos essenciais visando sua saúde e bem-estar. Alguns profissionais fazem uso de instrumental pérfuro-cortantes, medicamentos de uso tópico e órteses; outros aplicam métodos das medicinas oriental e convencional (BRASIL, 2002a).

Conforme o Código de Ética Profissional do Esteticista, Técnicos e Tecnólogos, estes profissionais podem promover procedimentos estéticos específicos que beneficiem

a saúde, higiene e beleza do Homem, prestando serviços de estética facial, corporal e capilar, programando e coordenando todas as atividades correlatas. O Tecnólogo é responsável por seus auxiliares esteticistas técnicos, seja sob sua direção, coordenação, supervisão ou orientação. Não podem prescrever medicamentos, injetar substâncias ou praticar atos cirúrgicos (FEBRAPE, 2003).

Os tecnólogos e técnicos em terapias alternativas e estéticas são considerados profissionais que atuam na área da saúde, serviços sociais e serviços pessoais. A formação requerida para estes profissionais é a de técnico de nível médio ou graduação em tecnologia (BRASIL, 2002a).

O esteticista, técnicos e tecnólogos são profissionais que podem: realizar prévia anamnese estética do cliente, indicar os diversos procedimentos estéticos, de acordo com os tipos e alterações da pele; identificar alterações da pele; executar todas as técnicas existentes na tecnologia estética, para a recuperação da pele, desde que apropriadas e reconhecidas cientificamente; ter domínio técnico na utilização de equipamentos eletro-estéticos aplicados na tecnologia estética; ter boa visão, agilidade, coordenação motora, atenção, percepção de detalhes e conjunto, paciência, iniciativa, responsabilidade, assiduidade e hábitos de higiene (FEBRAPE, 2003).

Compreendem competências pessoais necessárias aos profissionais de estética: coordenação motora fina, percepção sensorial, percepção intuitiva, capacidade de trabalhar sob pressão, autoconhecimento, empatia, capacidade de escuta, habilidade manual, visão holística, condicionamento físico, senso estético, senso estético, capacidade de persuasão, liderança, criatividade e trabalhar em equipe multi e interdisciplinar (BRASIL, 2002a).

EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA SUPERIOR EM ESTÉTICA

A educação tecnológica superior constitui uma inovação recente na estrutura educacional brasileira, identificando-se um lugar para a existência de cursos desta natureza (TAKAHASHI, AMORIM, 2008).

Historicamente, no Brasil, o termo educação tecnológica começou a ser usado na década de 70, porém manteve ao longo do tempo a influência histórica que marcou o preconceito à educação profissional, sempre associada à formação profissional de classes menos favorecidas. Esse preconceito começou a ser mitigado nos últimos anos por meio da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2002b).

Em tempos de mercados extremamente dinâmicos, a pesquisa e a formação de recursos humanos são condições centrais para o bom desempenho das empresas e das economias nacionais. A tarefa posta para um dos segmentos do nível universitário - a Educação Tecnológica Superior - é o preenchimento ágil e de qualidade de lacunas de mão-de-obra surgidas no mercado de trabalho por conta da chegada e disseminação de novas tecnologias (TAKAHASHI, AMORIM, 2008).

A Portaria nº 10, de 28 de julho de 2006 aprovou o Catálogo Nacional dos Cursos, que consistiu em uma iniciativa para consolidar denominações e instituir referenciais sobre cursos superiores de tecnologia capazes de balizar os processos administrativos de regulação e as políticas e procedimentos de avaliação desses cursos. É um instrumento orientador para alunos, instituições de ensino superior, sistemas de ensino e público em geral. Contém, além das denominações consolidadas, descrições sintéticas do perfil do egresso, carga horária mínima da área profissional e infraestrutura recomendada (MEC, 2010).

Mas este catálogo não contemplava nenhum Curso Superior de Tecnologia na área de estética, dificultando a abertura destes cursos pelo país. Como não estava no Catálogo Nacional dos Cursos, a alternativa para as Instituições de Ensino Superior foi de organizar e abrir o curso com a denominação de experimental.

Os cursos com esta denominação são desejáveis desde que reflitam e respondam com pioneirismo e pertinência a estímulos advindos das inovações científicas e tecnológicas, ou de demandas regionais específicas para o atendimento aos arranjos produtivos, culturais e sociais (MEC, 2010).

Os Cursos Superiores de Tecnologia são considerados cursos de graduação, que abrangem métodos e teorias orientadas a investigações, avaliações e aperfeiçoamentos tecnológicos com foco nas aplicações dos conhecimentos a processos, produtos e serviços. Desenvolvem competências profissionais, fundamentadas na ciência, na tecnologia, na cultura e na ética, tendo em vista ao desempenho profissional responsável, consciente, criativo e crítico (MEC, 2010).

Os Cursos Superiores de Tecnologia podem ser ofertados por instituições especializadas em educação profissional de nível tecnológico e instituições de ensino superior com reais condições de viabilização de uma proposta pedagógica de implantação do curso apresentada (BRASIL, 2002b).

Estes cursos precisam estar articulados com o mercado de trabalho e a justificativa de sua implantação deve demonstrar a demanda de oportunidade de trabalho para o profissional que pretende formar. Enquanto os cursos de bacharelado são estruturados por meio da articulação entre a academia e o conhecimento, os cursos de tecnologia articulam-se com os eixos profissionais, com o conhecimento e com a prática indo além de uma perspectiva de formação diferenciada (ARAUJO, 2008).

O Parecer CNE/CP nº 29, de 12 de dezembro de 2002, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Profissional de Nível Tecnológico auxiliando e orientando as Instituições para a organização e o funcionamento dos Cursos Superiores de Tecnologia (BRASIL, 2002b).

A principal diferença entre os cursos de graduação tecnológicos (que conferem o Diploma de Tecnólogo) e os cursos de ensino superior (que conferem o Diploma de Licenciatura ou Bacharel) está na proposta do primeiro. Os cursos tecnológicos vêm atender a uma demanda do mercado por especialistas dentro de uma área de

conhecimento, em vez dos generalistas formados pelas outras modalidades de ensino superior (TAKAHASHI, AMORIM, 2008).

Os bacharelados reforçam o conhecimento teórico e acadêmico, propondo uma formação tradicional centrada no conhecimento científico. A formação de tecnólogos utiliza a prática como ferramenta para a construção do conhecimento (ARAUJO, 2008).

Os principais atributos da Educação Tecnológica são o foco, a rapidez, a inserção no mercado de trabalho e a metodologia. O foco desta modalidade é a formação em um campo de trabalho definido, alinhado às necessidades atuais. A rapidez refere-se à oferta do curso com uma carga horária menor, de dois ou três anos. Por estarem pautados em pesquisas de mercados para sua oferta e funcionamento, visam à rápida inserção do aluno no mercado de trabalho de acordo com as tendências do mercado (TAKAHASHI, AMORIM, 2008).

O ingresso em cursos superiores de tecnologia é direcionado a candidatos que tenham concluído o ensino médio ou equivalente e tenham sido classificados em processo seletivo. Os graduados nos cursos superiores de tecnologia denominam-se tecnólogos e são profissionais de nível superior com formação para a produção e a inovação científico-tecnológica e para a gestão de processos de produção de bens e serviços e estão aptos à continuidade de estudos em nível de pós-graduação (MEC, 2010). Trata-se de uma formação mais dinâmica e prática, e que propõe profundidade, conhecimento focado e contextualizado, autonomia e educação continuada (ARAUJO, 2008).

Desta maneira, a partir do estudo realizado até o momento, foram organizadas orientações para a formação curricular do Curso Superior de Tecnologia na área estética bem como as competências profissionais tecnológicas, gerais e específicas, incluindo os fundamentos científicos e humanísticos necessários ao desempenho profissional do graduado. Foi utilizado como modelo o Projeto Pedagógico do Curso Superior de Tecnologia em Estética e Cosmética, que está implantado na Faculdade Metropolitana de Blumenau (FAMEBLU) e devidamente autorizado pelo Ministério da Educação.

Os objetivos que podem compreender um Curso Superior na área de Estética são:

- a) Proporcionar, ao acadêmico, formação científica e intelectual na área de Estética e Cosmética, favorecendo sua atuação junto aos diferentes profissionais da área de saúde e beleza.
- b) Formar o acadêmico quanto ao planejamento, organização, desenvolvimento e gestão de serviços de beleza.
- c) Desenvolver a consciência do compromisso social e da cidadania no cumprimento do exercício profissional.
- d) Levar o acadêmico a entender e atuar na área da beleza, empregando o saber científico, preservando valores morais, éticos, cívicos e sociais, com vistas ao bem-estar do indivíduo e da comunidade.
- e) Promover, através do engajamento de discentes e docentes, ações que visem à inserção profissional com vistas ao atendimento das necessidades da comunidade local e regional.
- f) Desenvolver o senso crítico do acadêmico e estimular o raciocínio lógico e analítico na interpretação de dados para elaboração do diagnóstico e objetivos estéticos necessários

à formulação de programas de tratamento e avaliação de prognóstico.

- g) Promover o desenvolvimento de habilidades necessárias à execução de condutas estéticas e habilidades interpessoais que favoreçam o exercício profissional, como: comunicação verbal e não-verbal, pensamento reflexivo, relacionamento interpessoal e expressão corporal.
- h) Estimular o acadêmico na busca de seu próprio conhecimento, com interesse e autonomia para atualizar-se.
- i) Atuar com comportamento ético, criativo e com competência empreendedora.
- j) Utilizar o conhecimento técnico-científico na área de estética que possam subsidiar sua prática profissional.
- k) Conhecer e analisar os diferentes recursos tecnológicos e cosméticos.
- l) Aplicar os conhecimentos para qualidade de vida, bem estar e embelezamento.
- m) Visualizar e trabalhar a harmonia visual do cliente.
- n) Reconhecer quais recursos cosméticos, eletroterápicos e manuais devem ser utilizados nos procedimentos estéticos.
- o) Aplicar os recursos estéticos, com rigor ético e científico, selecionados a partir dos objetivos da intervenção;
- p) Avaliar a intervenção realizada em relação aos seus objetivos, dos resultados alcançados, bem como da sua manutenção;
- q) Propor seguimentos, aprimoramentos e novas possibilidades de intervenção.
- r) Desenvolver projetos na área de estética (FAMEBLU, 2010, p. 20).

Conforme os objetivos descritos para o curso, identifica-se o perfil de um profissional com sólida formação generalista, humanística e crítico, com domínio de seu campo de atuação, cuja intervenção está fundamentada na competência técnico-profissional, garantindo qualidade, credibilidade, autonomia e segurança na atuação estética.

A estruturação curricular dos cursos superiores de tecnologia deve ser formulada em consonância com o perfil profissional de conclusão do curso, o qual define a identidade do mesmo e que caracteriza o compromisso ético da instituição de ensino para com os seus alunos, seus docentes e a sociedade em geral. Em decorrência, o respectivo Projeto Pedagógico do curso precisa contemplar o pleno desenvolvimento de competências profissionais gerais e específicas da área da habilitação profissional, que conduzam à formação de um tecnólogo apto a desenvolver, de forma plena e inovadora, suas atividades profissionais (BRASIL, 2002b). Os currículos baseados nas competências e nos perfis profissionais proporcionam maior flexibilidade e modularização das atividades e têm assegurado alto nível de aceitação, pelas indústrias (ARAUJO, 2008).

A fim de orientar a formação do futuro profissional, descreve-se a seguir o perfil do egresso:

- a) Atuar com comportamento ético, criativo e com competência empreendedora.
- b) Utilizar o conhecimento técnico-científico na área de estética que possam subsidiar sua prática profissional.
- c) Conhecer e analisar os diferentes recursos tecnológicos e cosméticos.
- d) Aplicar os conhecimentos para qualidade de vida, bem estar e embelezamento.
- e) Visualizar e trabalhar a harmonia visual do cliente.
- f) Reconhecer quais recursos cosméticos, eletroterápicos e manuais devem ser utilizados nos procedimentos estéticos.
- g) Aplicar os recursos estéticos, com rigor ético e científico, selecionados a partir dos objetivos da intervenção.
- h) Avaliar a intervenção realizada em relação aos seus objetivos, dos resultados alcançados, bem como da sua manutenção;

- i) Propor seguimentos, aprimoramentos e novas possibilidades de intervenção.
- j) Desenvolver projetos na área de estética.
- k) Valorizar, relacionar-se com e atuar em equipes inter e multiprofissionais considerando a complementaridade e a diversidade dos saberes.
- l) Atuar de modo ético, responsável e comprometido nas relações com clientes, colegas, sociedade e na produção e divulgação de conhecimentos.
- m) Investir profissionalmente em processos de capacitação e aprimoramento contínuos.
- n) Agir de forma empreendedora, no sentido de criar oportunidades de trabalho (FAMEBLU, 2010, p. 21).

Um curso tecnológico voltado para a área estética precisa direcionar seu foco para a formação de profissionais com embasamento teórico-prático, que possam trabalhar com a melhoria estética e o bem-estar de seus clientes, com competência empreendedora para que possam atuar com total segurança e credibilidade, correspondendo às necessidades que a área da beleza exige e com critérios científicos característicos de uma formação universitária. A formação curricular exige o desenvolvimento e o aprimoramento de habilidades e competências que permitam ao profissional:

- a) Contribuir para a construção da identidade da profissão e inserir-se na produção e socialização do conhecimento técnico-científico.
- b) Valorizar e colocar em prática os novos conhecimentos da área de estética e cosmética, optando, sempre que possível, por aqueles baseados em evidência clínica e/ou científica.
- c) Controlar a eficácia dos recursos tecnológicos, métodos e técnicas pertinentes à atuação estética garantindo sua qualidade e segurança.
- d) Realizar avaliação do cliente, elaborar diagnóstico, eleger e quantificar as intervenções, estabelecer prognóstico e determinar as condições de alta.
- e) Planejar, programar, ordenar, coordenar, executar e supervisionar a aplicação de métodos, técnicas e recursos que objetivem preservar, manter, desenvolver ou restaurar a beleza do corpo humano.
- f) Valorizar e desenvolver a capacidade de trabalhar em equipe, considerando a complementaridade e diversidade dos saberes, integrando-se com outros profissionais no planejamento, organização e execução de ações conjuntas visando o bem-estar do indivíduo e da comunidade, bem como no processo de formação de recursos humanos.
- g) Delimitar seu campo de atuação em conjunto com outros profissionais e empenhar-se na produção de conhecimentos transversais.
- h) Ter domínio dos princípios científicos para elaboração e desenvolvimento de procedimentos de investigação, com vistas ao constante aperfeiçoamento profissional e à resolução de problemas encontrados na sua prática.
- i) Ter uma formação pluralista e sólida que lhe assegure base para continuar permanentemente seu aperfeiçoamento, com autonomia, mesmo depois de concluída a graduação.
- j) Agir de forma empreendedora, no sentido de criar oportunidades de trabalho e ser agente de mudança.
- k) Desenvolver a capacidade de organização e gerenciamento de serviços de beleza (FAMEBLU, 2012, p.21).

Os critérios para o planejamento, estruturação, organização de cursos e currículos e oferta de vagas são o atendimento às demandas dos cidadãos, do mercado de trabalho e da sociedade, bem como a conciliação dessas demandas identificadas com a vocação e a capacidade institucional, em termos de reais condições da instituição de ensino para a sua viabilização, juntamente com a identificação de perfis profissionais

próprios para cada curso, em função das demandas identificadas e em sintonia com as políticas de promoção do desenvolvimento sustentável do País (BRASIL, 2002b).

O conteúdo de formação deve estar organizado para preparar o acadêmico para as crescentes mudanças no setor da beleza, vinculadas com às constantes inovações tecnológicas, além de envolvidos com as questões éticas, de responsabilidade social e meio ambiente.

A matriz/estrutura curricular do Curso Superior de Tecnologia em Estética e Cosmética da FAMEBLU está agrupada em conteúdos básicos, profissionalizantes e específicos e contam com a seguinte distribuição:

O conteúdo básico é composto pelas disciplinas: Metodologia do Trabalho Acadêmico, Sociologia, Psicologia e Empreendedorismo, Anatomia Humana, Fisiologia e histologia humana, Patologia, Biossegurança e microbiologia, Nutrição e Práticas orientadas. O conteúdo profissionalizante compreende as disciplinas: Estética corporal I e Estética corporal II, Estética facial, Terapias estéticas aplicadas às cirurgias, Estética capilar, Terapias alternativas aplicadas à estética e SPA's, Maquiagem, imagem pessoal e visagismo, Estética dos anexos cutâneos, Cabelos: Colorimetria e o Estágio supervisionado. O conteúdo específico é composto pelas disciplinas: Estética, cosmética e sociedade, Cosmetologia aplicada à estética, Recursos manuais aplicados à estética I e II, Eletroterapia aplicada a estética I e II, Biocosméticos, fitocosméticos e aromaterapia (FAMEBLU, 2012, p.28).

Diante da formação curricular apresentada e seguindo as competências profissionais gerais e específicas da área da habilitação voltada à estética, define-se que, o tecnólogo formado está apto a trabalhar com o embelezamento, a promoção, manutenção e a recuperação da saúde na área da estética humana em diferentes contextos do segmento de estética e cosmética. O profissional pode atuar em empresas da área de beleza, cosmética e imagem pessoal, tais como centros de estética, clínicas médicas e cirúrgicas, coiffeurs, clubes, centros de reabilitação física, cruzeiros em navios, academias de ginástica, hospitais, centros de repouso, estâncias hidrominerais, spas, hotéis, Instituições de longa permanência e como personal de beleza, além de habilitar-se para gerenciar, administrar, supervisionar, coordenar e assessorar salões de beleza e centros de estética e outros estabelecimentos afins. Poderá ainda seguir a carreira docente.

É fundamental considerar que a velocidade das mudanças que estão ocorrendo, torna as fronteiras entre as diversas áreas de atuação profissional cada vez mais indefinidas. Os cursos superiores de tecnologia foram concebidos exatamente para atender essa diversidade e flexibilidade que os mundos da produção, dos serviços e do trabalho estão a exigir. Novas profissões e novos profissionais surgirão tornando progressivamente impossível delimitar com precisão os seus respectivos campos de atuação, muitos deles permeados de intersecções e multi-especialidades (BRASIL, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo possibilitaram vislumbrar que é a partir do momento que ocorre a compreensão da profissão demonstrando sua seriedade e importância, pode-se partir para a solicitação e pressão dos órgãos responsáveis para a sua regularização.

O estudo permitiu realizar uma reflexão sobre a legislação para a formação acadêmica na educação tecnológica, constituindo também em fonte de informações, congregando as reais demandas necessárias e impactantes em um curso superior de estética que precisa ser estruturado de modo a desenvolver competências e habilidades profissionais integradas à educação, ciência, tecnologia e trabalho.

O panorama econômico atual faz com que o mercado precise de profissionais com formação estética especializada, regularizada e reconhecida. Com isso torna-se claro a necessidade de cursos superiores de tecnologia em estética, exigindo do Ministério da Educação um olhar especial, com políticas claras e com a agilidade que economia brasileira está se desenvolvendo, destacando e crescendo.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, A.; B. Educação tecnológica para a indústria brasileira. p. 70 – 82. In: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. **Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica**. v. 1, nº 1, jun. Brasília: MEC, SETEC, 2008. ISSN: 1983-0408

BRASIL. **Diário Oficial da União de 19/01/2012**. p. 1, seção 1. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/33718623/dou-secao-1-19-01-2012-pg-1>>. Acesso em: 13 set. 2012.

BRASIL. Câmara dos deputados. **Projeto de Lei nº 959 de 2003**. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br>>. Acesso em: 13 jul. 2012.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Esplanada dos Ministérios. Brasília, 2002a. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>>. Acesso em: 16 set. 2012.

BRASIL. **Parecer CNE/CP nº 29, de 03 de dezembro de 2002**. Diretrizes curriculares nacionais gerais para a educação profissional de nível tecnológico. 2002b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/cp29.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2012.

BRASIL. **Parecer CNE/CP Nº: 6/2006**. Pronunciamento sobre Formação Acadêmica X Exercício Profissional. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pcp006_06.pdf>. Acesso em: 13 set. 2012.

FAMEBLU. **Projeto pedagógico do curso superior de tecnologia em estética e cosmética**. FAMEBLU. Blumenau, 2010.

FEBRAPE. Federação Brasileira de Profissionais Esteticistas. **Código de Ética dos Esteticistas Brasileiros**. 2003. Disponível em: <<http://febrapebrasil.blogspot.com.br/p/codigo-de-etica-dos-esteticistas.html>>. Acesso em: 18 set. 2012.

FERREIRA, F. R. Algumas considerações acerca da medicina estética. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, nº 1, p. 67-76, 2010.

MARIUZZO, P. Crescimento de cirurgias plásticas demonstra fusão dos conceitos de saúde e beleza. **Cienc. Cult.** [online]. São Paulo, v. 64, nº 3, p. 13-15, 2012.

MEC. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. **Catálogo nacional de cursos**. Brasília, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA ESTÉTICA. **História da medicina estética**. 2010. Disponível em: <<http://www.sbme.org.br/portal/pagina/13/quem-somos.shtml>>. Acesso em: 10 set. 2012.

TAKAHASHI A. R. W.; AMORIM, W. A. C. Reformulação e expansão dos cursos superiores de tecnologia no Brasil: as dificuldades da retomada da educação profissional. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.** Rio de Janeiro, v. 16, nº 59, p. 207-228, abr./jun. 2008.

WERNER, R. **Beleza: um bom negócio**. São Paulo: Senac, 2009.

APLICABILIDADE DA PIMENTA (CAPSAICINA) NA ESTÉTICA

Pepper applicability (capsaicin) in the aesthetics

Bartolomeu Bezerra Pinto Júnior¹
Lívia Filla Nunes²
Mônica Magdalena Descalzo Kuplich³
Márcia Gerhardt Martins⁴

Recebido em: 30 jul. 2015
Aceito em: 10 nov. 2015

RESUMO: As pimentas têm sido classificadas como preventivas de patologias e promotoras da saúde. É consenso que essa substância é benéfica para saúde. Existem cultivos de pimentas de diferentes classes em todo o Brasil. Seu sabor é picante, um atributo atrativo das pimentas, e seus frutos são ricos em fibras, sais minerais, vitaminas, flavonóides, carotenos e outros metabolitos secundários com propriedades antioxidantes. A capsaicina é o principal ativo das pimentas e pode ser adicionada em muitas formulações cosméticas na área estética. A pesquisa das suas propriedades, indicações e contraindicações torna-se essencial para a prática segura e consciente de protocolos inovadores. O objetivo desse estudo é promover uma revisão de literatura sobre a pimenta, sua classificação e composição, assim como sua aplicabilidade na estética. Com base na presente pesquisa, concluiu-se que a capsaicina possui ação que pode ser muito explorada na área da estética, em formulações cosméticas com objetivos corporais, faciais e embelezadores. Apesar de já utilizada em formulações, foram encontrados poucos documentos científicos discutindo a ação direta da pimenta em produtos cosméticos. Muitos documentos disponíveis são relacionados a informes de empresas que comercializam produtos contendo pimentas. Mais estudos são necessários para abordar outros segmentos ainda não explorados na estética através da utilização das pimentas.

Palavras-chave: Pimenta. Capsaicina. Piperina. Estética.

ABSTRACT: The peppers have been classified as prevention of diseases and promoting health. The consensus is that this substance is beneficial to health. There are different classes of peppers crops in Brazil. Its flavor is spicy, an attractive attribute of peppers, and its fruits are rich in fiber, minerals, vitamins, flavonoids, carotenoids and other secondary metabolites with antioxidant properties. Capsaicin is the main asset of peppers and can be added in many cosmetic formulations in the aesthetic area. The research from its own indications and contraindications becomes essential for the safe and conscious practice of innovative protocols. The aim of this study is to promote a literature review on the pepper, classification and composition, as well as its applicability in aesthetics. Based on this study, it was concluded that

¹ Tecnólogo em Estética e Cosmética. ULBRA/Canoas.

² Mestre em Genética e Toxicologia Aplicada, Especialista em Fisioterapia Dermatofuncional, Fisioterapeuta. ULBRA/Canoas. E-mail: li_fn@hotmail.com.

³ Mestre em Genética e Toxicologia Aplicada, Especialista em Fisioterapia Dermatofuncional e Acupuntura, Fisioterapeuta. ULBRA/Canoas.

⁴ Márcia Gerhardt Martins. Especialista em Fisioterapia Dermatofuncional e Docência na área da saúde, Fisioterapeuta. ULBRA/Canoas.

capsaicin has action that can be exploited in the far field of cosmetic, in cosmetic formulations with body goals, face and trims. Although already used in formulations, they contain few scientific papers discussing the direct action of pepper in cosmetic products. Many documents available are related to reports of companies selling products containing peppers. More studies are needed to address other segments unexplored aesthetics through the use of peppers.

Keywords: Pepper. Capsaicin. Piperine. Aesthetics.

INTRODUÇÃO

Observa-se na atualidade a constante pesquisa por equipamentos, novos ativos e técnicas que proporcionem efeitos fisiológicos relacionados à manutenção de uma forma física que reflita o belo. Esse objetivo de perfeição é relacionado tanto à área corporal quanto a facial e capilar.

O mercado brasileiro de estética alcançou o terceiro lugar em crescimento mundial em consumo de produtos cosméticos. Os setores de estética e beleza elevaram-se na grande São Paulo. No ano de 2013 constavam 81 mil empreendedores individuais com atividades ligadas a centros de estética, cabelereiros e manicures. A previsão de gastos com beleza em 2014 foi de 59,6 bilhões de reais sendo que em 2003 os valores eram de 26,5 bilhões – crescimento de 124% em dez anos (RIBEIRO, 2014).

As pimentas vêm sendo estudadas por cientistas do mundo inteiro pelo fato de serem preventivas de doenças além de beneficiarem a saúde. É consenso que essa substância é terapêutica (ARAUJO et al., 2013).

Observa-se a adição desse ativo em diversos produtos estéticos. A pesquisa das suas propriedades, indicações e contraindicações torna-se essencial para a prática segura e consciente de protocolos inovadores. O objetivo desse estudo é promover uma revisão de literatura sobre a pimenta, sua classificação e composição, assim como sua aplicabilidade na estética.

DESENVOLVIMENTO

As pimentas do gênero capsicum pertencem à família Solanaceae, oriundas do continente americano. De acordo com Pinto, Pinto e Donzeles (2013) existem 35 gêneros da espécie. As mais conhecidas são a pimenta doce, que não possui pungência; a Jalapeño, com aroma forte e pungência média; a pimenta de cheiro, que possui a menor pungência; a Cumarí do Pará, com forte ardor no paladar; a dedo de moça, com pungência suave e adocicada; a cambuci, comumente utilizadas em conservas com forte ardência; e a pimenta malagueta, com sabor e pungência peculiares e de grande utilização na culinária nordestina (VELLEDA, 2009; EPAMIG, 2006; CHILLIES, 2015; BARBOSA et al., 2012).

CLASSIFICAÇÃO E COMPOSIÇÃO DAS PIMENTAS

As pimentas podem ser classificadas de acordo com sua pungência. A literatura comumente classifica entre níveis de doçura e picância. A quantidade de capsainóides em sua composição irá definir diretamente esses níveis (COSTA et al., 2009).

O pimentão e as pimentas doces não possuem sabor picante, devido à ausência do alcalóide capsaicina, sendo estes utilizados como corantes e para consumo in natura (REIFSCHNEIDER, 2000). As diversas pimentas doces ou pungentes são conhecidas no continente americano desde a antiguidade. Habitualmente esse fruto possui as seguintes substâncias: capsaicina, didrocapsaicina, noridrocapsaicina, hemoidrocapsaicina, homocapsaicina, nonivamida, olereosinas e carotenóides, vitaminas, flavonoides e compostos fenólicos (LIMA, 2010; COSTA et al., 2009).

CAPSAICINA

Esse alcaloide é responsável pela pungência e está presente em múltiplas variedades das pimentas (FREIRE; ARAUJO; BERTANI, 2013).

Um aumento no gasto energético e na oxidação de lipídios foi demonstrado em humanos com a capsaicina (YOSHIOKA et al., 1998), sendo que o aumento no gasto energético tem sido explicado em parte pela estimulação de receptores β -adrenérgicos. Também tem sido reportado que a capsaicina apresenta um efeito termogênico. Segundo Mourão et al. (2004) o gasto energético aumenta imediatamente após uma refeição contendo pimenta vermelha, ao passo que este aumento pode ser inibido pela administração de bloqueadores β -adrenérgicos como o propranolol.

A capsaicina é o principal ativo das pimentas e podem ser adicionadas em muitas formulações cosméticas na área estética (SCACHETI et al., 2011).

A capsaicina é uma substância reconhecida por auxiliar na cicatrização de feridas, desagregação de coágulos sanguíneos evitando arteriosclerose. Também atua regulando o colesterol, prevenindo hemorragias e melhorando a resistência física. Ainda colabora na produção de endorfinas promovendo a sensação de bem-estar (LIMA, 2010).

PIPERINA

A pimenta preta mais conhecida no Brasil como pimenta do reino, possui em sua composição: piperina, retinol, ácido ascórbico, ferro entre outros componentes. Suas principais ações biológicas são atividade anti-inflamatória e antioxidante. Tem grande gama de fibras, vitamina A, C e E além de cálcio e sais minerais. Contudo esse fruto é vasto em alcalóides, amidas, fenilalaninas e conchicina. Os metabólicos encontrados em sua maioria são amidas, alcalóides, propinilfenóis, lignanas, neolignana, tempenos,

flavonóides, fenilpropanóides e cromenos (CARNAVALLI; ARAUJO, 2013).

A piperina, encontrada apenas na pimenta preta, pode atuar melhorando o sistema imunológico de pacientes com câncer, com o fim de reduzir os danos gerados pela quimioterapia e radioterapia, também se observa a ação citotóxica, anti-inflamatória, antipurética, analgésica, antitumoral, antifúngica e bactericida (CARNAVALLI; ARAUJO, 2013).

VITAMINAS

O conteúdo de vitamina A das pimentas é considerado alto. Cerca de meia colher de sopa de pimenta dedo de moça desidratada em pó pode suprir a necessidade diária de vitamina A, que é de 600 microgramas (PINTO; PINTO; DONZELES, 2013).

A vitamina C é um conhecido antioxidante. A quantidade diária recomendada é de cerca de 600 mg. O consumo recomendável é de 100 g de pimentas suaves ou doces para suprir essa demanda (PINTO; PINTO; DONZELES, 2013).

A vitamina E também é um componente presente nas pimentas com poder antioxidante. Cem gramas de pimenta vermelha são capazes de suprir 5% da necessidade diária de vitamina E, que é de 8 a 10 mg (WAHYUNI et al., 2011; TOPUZ et al., 2011).

FLAVONÓIDES

Os principais flavonóides presentes nas pimentas são a quercetina e a luteolina. No quesito atividade antioxidante, a luteolina está em primeiro lugar, seguida da capsaicina e da quercetina (MARTINI et al., 2014).

A quercetina está presente na alimentação diária de humanos, podendo chegar de 50 a 500 mg. Nas pimentas, é o flavonóide em maior abundância (BEHLING et al., 2004; MARTINI et al., 2014).

Outra atividade da quercetina é sua ação quelante e estabilizadora de ferro. Ela pode frear a produção de radicais livres, devido sua interação com íons superóxidos, quelar íons de ferro e reagir com radicais peróxi (BEHLING et al., 2004).

A CAPSAICINA E A ESTÉTICA

A cosmetologia é uma grande aliada na estética, e juntamente com recursos manuais e eletroestéticos atua na melhora de diversas alterações faciais, corporais e capilares. Um dos constantes objetivos na estética é promover o aquecimento tecidual, seja para facilitar a permeação de ativos, ou desencadear efeitos termogênicos, etc. O

nicotinato de metila, muito utilizado para esse fim, está classificado como Grau 2 na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), refletindo a possibilidade de irritabilidade primária, acumulada e sensibilização (CATEC, 2005).

Existem diversos produtos utilizados na estética com a inclusão da capsaicina como substituto de outros ativos rubefascentes que tendem a promover reações alérgicas.

GLOSS

Os lábios são uma região facial de importante evidencia. No local não existem glândulas sebáceas e sudoríparas, e por isso requerem maiores cuidados. Além disso, ficam expostos a mudanças ambientais como vento, sol baixas temperaturas e umidade, favorecendo a desidratação dessa região (CARVALHO et al., 2011).

O sol e seus raios ultravioletas prejudicam a região labial desencadeando o amento da exposição aos radicais livres, responsáveis pelo envelhecimento cutâneo (CARVALHO et al., 2011). Os antioxidantes da capsicum combatem a formação de radicais livres, podendo ser acrescentados em cosméticos (MARTINI et al. 2014).

Tendo em vista os efeitos da pimenta, alguns cosméticos já apresentam capsaicina em sua composição. Os testes de estabilidade do gloss confirmaram atividade antioxidante e o mesmo se mostrou estável a altas temperaturas sem risco de contaminações. Mais estudos são necessários para definir a concentração ideal para utilização (MARTINI et al., 2014).

XAMPU

A alopecia é uma patologia dermatológica que atinge em sua maioria homens. Consiste de uma alteração de grande preocupação no consciente coletivo da população. Fatores que agravam a queda capilar são: febres, infecções, pós-parto, uso de drogas; regime alimentar; alterações emocionais (HORIBE, 2000).

É cada vez mais frequente encontrar produtos fitocosméticos com associações vegetais e sintéticas, explorando seus benefícios. O uso de plantas medicinais está em alta, com forte apelo comercial na área médica e estética. Sua ação terapêutica vem sido pesquisada e com boa aceitação na população, dando ênfase a ativos cientificamente comprovados (SCACHETI et al., 2011).

A *Capsicum frutescens* L., conhecido popularmente como pimenta malagueta, pode ser agregada como principio ativo rubefaciente. Essa ação é uma propriedade comum em diversos extratos vegetais e plantas medicinais (LORENZINI; MATOS, 2008).

A *C. frutescens* potencializa a permeabilidade capilar, aumentando a circulação

sanguínea, gerando melhor nutrição e oxigenação, associado com a estimulação do couro cabeludo, trata a queda devido o aumento do aporte sanguíneo (SCACHETI et al., 2011).

Comumente encontram-se em formulações de xampu extratos vegetais e ativos para reduzir os danos de patologias capilares. Podem-se citar alguns princípios ativos para esse fim como: extrato de *capsicum*, castanha da índia, confrei, jaborandi, malva, salvia, entre outros (GOMES, 1999).

As concentrações normalmente utilizadas em xampus e loções são 0,001% a 0,003% para tratamentos de alopecia (PINTO; PINTO; DONZELES, 2013).

CREMES DE MASSAGEM

Em lipodistrofias, a capsaicina é utilizada em combinação com extratos botânicos, tanto em via tópica quanto oral. Tem eficácia para amenizar e melhorar tanto o acúmulo de gordura, quanto o aspecto do fibro edema gelóide (DAVID; PAULA; SHENEIDER, 2011).

A utilização desses ativos em conjunto possui o objetivo de potencializar o aumento do fluxo sanguíneo, favorecer a drenagem linfática e induzir a lipólise (DAVID; PAULA; SCHENEIDER, 2011).

Substâncias rubefacientes aceleram o metabolismo gerando hiperemia, com o objetivo de promover a permeabilidade cutânea (GOMES; DAMAZIO, 2009).

A capsaicina na forma tópica é capaz de aliviar a dor, pois ela inibe momentaneamente a substância P e outros mediadores, sem a presença da substância os nervos não fazem sinapses da dor. Em concentrações apropriadas, estimula a síntese de endorfinas cerebrais, gerando analgesia e bem-estar (MURILO; CASTRO; NASCIMENTO, 2012; GRÉGIO et al., 2008).

De acordo com algumas pesquisas com a aplicação da capsaicina em troncos nervosos causam danos irreparáveis aos nervos; devido a esse fato é recomendado sua aplicação tópica (GRÉGIO et al., 2008).

A capsaicina deve ser aplicada na forma de cremes de 0,025% a 0,075% de três a quatro vezes ao longo do dia (MURILO; CASTRO; NASCIMENTO, 2012).

A *Piper Nigrum L.* é utilizada na medicina indiana, ayurveda, siddha e urani. Nessa linha medicinal ela é agregada nos cosméticos pela sua ação antimicrobiana. O óleo de pimenta possui efeito de aumentar a microcirculação local gerando rubor, calor e anestesia local (DILIKA et al., 2000).

Atualmente a pimenta preta pode ser encontrada também nas formulações em cremes, pomadas e géis. Na forma de óleo a dosagem da pimenta deve ser de 0,5% a 5,0% (HARTMANN; COETZEE, 2002).

Segundo Hartmann e Coetzee (2002) a ação cosmética da pimenta negra

abrange ação antimicrobiana, purificante, antiséptica, emoliente, estimulante e reconstituente da barreira da pele.

A pimenta do reino alivia dores e desconforto muscular, portanto pode ser utilizado nas massagens por ser rubefaciente e possuir atributos analgésicos. Além disso, induz o apetite e expulsa os gases. Tem como fator de destaque não apresentar atributos tóxicos nem sensibilizantes em doses baixas. Porém, esse óleo em altas concentrações pode gerar alergia e irritação (HOARE, 2010).

Pode ser associado, de acordo com sua sinergia, com outros óleos essenciais como manjeriço, bergamota, cipreste, gerânio, lavanda, limão, laranja, alecrim entre outros (HOARE, 2010).

Recomenda-se que óleos essenciais não devam ser aplicados na pele antes de sua diluição por carreadores. Sendo assim, os óleos essenciais precisam ser diluídos e agregados a óleos vegetais, cremes, géis, sabonetes, emulsões, álcool de cereais ou xampus (GOMES; DAMAZIO, 2009).

CAPSAICINA EM PELE SENSÍVEL

De acordo com dados recentes, houve crescimento de pessoas apresentando pele sensível. Em pesquisa realizada por Tabener, Guerra e Tapia (2011) foi verificado que indivíduos negros são menos acometidos por essa sensibilização de pele, e em grau decrescente encontram-se indivíduos de tez branca e asiática (TABENER; GUERRA; TAPIA, 2011).

Os mesmos autores avaliaram a capsaicina em relação a reações de hipersensibilidade. A pele negra foi a única que não sofreu grandes alterações. Em peles normais (não sensibilizadas), a capsaicina não promoveu alterações maléficas (TABENER; GUERRA; TAPIA, 2011).

Os cosméticos em grande parte são desenvolvidos para pele saudável, normal, oleosa, seca e mista; com poucos voltados para pele sensível. O uso errado de cosméticos pode agravar e aumentar a fragilidade da pele bem como fatores ambientais como calor, frio, sol, vento e poluição (TABENER; GUERRA; TAPIA, 2011).

É de grande importância que os produtos principalmente para pele sensível contenham poucos ingredientes estimulantes e vasodilatadores (TABENER; GUERRA; TAPIA, 2011).

Ao se utilizar produtos contendo ativos oriundos das pimentas em sua formulação, é importante o cuidado no contato com olhos, mucosas e nariz (GRÉGIO et al., 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pimentas são utilizadas desde a antiguidade para curar e dar sabor aos alimentos. Este fruto é rico em: vitaminas, fibras, sais minerais e substâncias antioxidantes.

A capsaicina é a principal substância das pimentas. Este alcalóide é responsável pela pungência e está presente em múltiplas variedades de pimentas (FREIRE; ARAUJO; BERTANI, 2013). Coligado a luteolina e quercetina possui importante ação antioxidante (FREIRE; ARAUJO; BERTANI, 2013). A utilização da capsaicina é benéfica também por promover aumento da permeação de outros ativos da mesma formulação cosmética (MARTINS; VEIGA, 2002).

Com base na presente pesquisa, conclui-se que a capsaicina possui ação que pode ser muito explorada na área da estética, em formulações cosméticas com objetivos corporais, faciais e embelezadores (SCACHETI et al., 2011). Tanto a capsaicina quanto a piperina podem ser incorporadas na terapia capilar, drenagem linfática, massagem modeladora, massagem relaxante e terapêutica, devido suas ações vasodilatadoras e analgésicas.

Na pesquisa realizada, encontrou-se documentação relacionando as pimentas e seus derivados a formulações utilizadas em gloss labial, para proteger os lábios e para dar volume aos mesmos, em cosméticos com pimentas, empregadas nos tratamentos de alopecia por via de xampus, loções e cremes. A literatura referiu que produtos a base de pimentas tem ação rubefaciente, sendo indicados nos tratamentos: de lipodistrofia e fibro edema gelóide. Além disso, favorecem a drenagem linfática e induzem a lipólise (DAVID; PAULA; SCHENEIDER, 2011).

Formulações contendo pimentas não são recomendadas em peles sensíveis, pois podem ocasionar reações alérgicas, principalmente nos fototipos cutâneos mais baixos (GRÉGIO et al., 2008; TABENER; GUERRA; TAPIA, 2011).

A piperina também é um importante ativo presente na pimenta preta. Ela, em conjunto com a capsaicina, consegue melhorar a cicatrização, antifúngica e antibacteriana, além de melhorar o aporte sanguíneo. Esses ativos evitam o envelhecimento ocasionado por radicais livres (CARNAVALLI; ARAUJO, 2013).

Apesar de já utilizada na estética, foram encontrados poucos documentos científicos discutindo a ação direta da pimenta em produtos cosméticos. Muitos documentos disponíveis são relacionados a informes de empresas que comercializam produtos contendo pimentas. Mais estudos são necessários para abordar outros segmentos ainda não explorados na estética através da utilização das pimentas.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, et al. Caracterização fitoquímica e atividade antioxidante dos extratos em etanol de capsicum chinense (pimenta de cheiro). **CONGIC**, Rio Grande do Norte, 4 a 6 de julho de 2013. Disponível em: <<http://www2.ifrn.edu.br/ocs/index.php/congic/ix/paper/viewFile/1024/114>>. Acesso em: 10 nov. 2014.
- BARBOSA, F. et al. Propriedade antimicrobiana de extrato de pimenta (*Capsicum frutescens* L.) contra *Salmonella typhimurium*, *Staphylococcus aureus* e *Candida albicans*. **Revista de Biologia e Ciências da Terra**. v. 12, nº 2, p. 91, 2012.
- BEHELING, E. et al. Flavonóide quercetina: aspectos gerais e ações biológicas **Alim. Nutr.** v. 15, nº 3, p. 285-7, 2004.
- CARNAVALLI, D.; ARAÚJO, A. Atividade Biológica da Pimenta Preta (*Piper Nigrum* L.): Revisão de Literatura. **Uniciências**, v. 17, nº 1, p. 41-6, 2013.
- CARVALHO, A. et al. Desenvolvimento de Gloss Labial. **Cosmetics & toiletries (Brasil)**, v. 23, p. 66, 2011.
- CATEC, Anvisa. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Disponível em: <<http://s.anvisa.gov.br/wps/s/r/bkj>>. Acesso em: 19 jun. 2015.
- CHILLIES, W. O. **Chilli plants**: *Capsicum pubescens*. Disponível em: <<http://www.worldofchillies.com/Chilli-plant-varieties/Chilli-plant-varieties-Pubescens/Chilli-plants-Capsicum-Pubescens.html>>. Acesso em: 15 jun. 2015.
- COSTA, L. et al. Atividade antioxidante de pimentas do gênero *Capsicum*. **Ciência e Tecnologia de Alimentos**, v. 1, p. 1-9, 2009.
- DAVID, R.; PAULA, R.; SCHENEIDER, A. Lipodistrofia ginoide: conceito etiopatogenia e manejo nutricional **Rev Bras Nutr Clin**. v. 26, p. 205, 2011.
- DILIKA, F. et al. Antibacterial activity of linoleic and oleic acids isolated from *Helichrysum pedunculatum*: a plant used during circumcision rites. **Fitoterapia**, v. 71, nº 4, p. 450-2, 2000.
- EPAMIG. Cultivo da pimenta. **Informe agropecuário**, Belo Horizonte, v. 27, nº 235, p. 18-24, nov./dez. 2006.
- FREIRE, L; ARAÚJO, E; BERTINE, L. Avaliação do teor de fenóis e atividade antioxidante de capsicum frutescens L. **CONGIC**, Rio Grande do Norte, 4 a 6 de julho de 2013. Disponível em: <<http://www2.ifrn.edu.br/ocs/index.php/congic/ix/paper/viewFile/927/94>>. Acesso em: 20 jun. 2015.
- GOMES, A. L. **O uso da tecnologia cosmética no trabalho do profissional cabeleireiro**. São Paulo: SENAC, 1999.
- GOMES, R. K.; DAMÁSIO, M. G. **Cosmetologia**: Descomplicando os Princípios Ativos. 3ª ed. São Paulo: Médica Paulista, 2009.
- GRÉGIO, A. et al. Capsaina e sua aplicação em odontologia. **Arquivos em odontologia**.

v. 44, nº 1, p. 45-7, 2008.

HARTMAN D.; COETZEE, J. C. Two US practitioners' experience of using essential oils for wound care. **J. Wound care**. v. 11, nº 8, p. 317-20, 2002.

HOARE, J. **Guia completo de aromaterapia**. São Paulo: Pensamento, 2010.

HORIBE, E. K. **Estética Clínica & Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

LIMA, F. J. J. Plantas e Dor: contributo para estudo etnoantropológico do tratamento da dor. **Dor**, v. 18, p. 10, 2010.

LORENZINI, H.; MATOS, F. J. A. **Plantas medicinais do Brasil-nativas e exóticas**. 2 ed. São Paulo: Instituto Plantarum de estudos da flora, 2008.

MARTINI, H. N. et al. Antioxidante de polpa de pepino e extratos de menta e de pimenta para gloss labial. **Cosmetic & toiletries**. v. 26, p. 78-81, 2014.

MARTINS, M.; VEIGA, F. Promotores de permeação para liberação transdérmica de fármacos: um nova aplicação para as ciclodextrinas. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. v. 38, nº 1, p. 38, 2002.

MOURÃO, D. M. et al. Weight loss related to functional foods. *J. Brazilian Soc. Food Nutr.*, São Paulo, v. 27, p. 103-18, jun. 2004.

MURILO, F.; CASTRO, A.; NASCIMENTO, J. Analgésicos tópicos. **Ver Bras Anesthesiol**. v. 62, nº 2, p. 249-51, 2012.

PINTO, C. M. F.; PINTO, C. L. O.; DONZELES, S. M. Pimenta capsicum: Propriedades químicas, nutricionais, farmacológicas e medicinais e seu potencial para o agronegócio. **Revista Brasileira de Agropecuária Sustentável**. v. 3, nº 2, p.108-20, 2013.

REIFSCHEIDER, F. J. B. (Org.). **Capsicum**: pimentas e pimentões no Brasil. Brasília: Embrapa Comunicação para transferência de Tecnologia/Embrapa Hortaliças, p.113, 2000.

RIBEIRO, D. **A essência da Beleza**. 2014. Disponível em: <http://esteticainsaopaulo.com.br/2015/noticias.php?id_noticia=118>. Acesso em: 19 mai. 2015.

SCACHETI, L. F. et al. Controle de qualidade e análise sensorial em voluntários de xampu esfoliante com extrato hidroalcoólico de *Capsicum frutescens* L. (Solanaceae). **Revista de Ciência e Farmácia Básica**. v. 32, nº 3, p. 369-74, 2011.

TABERNER, J.; GUERRA, E.; TAPIA, A. Sensitive skin: a complex syndrome. **Actas Dermosifiliogr**. v. 102, nº 8, 563-71, 2001.

TOPUZ, A. et al. Influence of different drying methods on carotenoids and capsaicinoids of paprika. **Food Chemistry**. v. 129, nº 3, p.860-5, 2011.

VELLEDA, R. **Associação Brasileira de Horticultura**. ABH. Disponível em: <<http://www.abhorticultura.com.br/Dicas/Default.asp?id=6349>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

YOSHIOKA, M. et al. Effects of red pepper added to high-fat and high-carbohydrate meals on energy metabolism and substrate utilization in Japanese women. **Br. J. Nutr.**, v. 80, nº 6, p. 503-510, 1998.

WAHYUNI, Y. et al. Metabolite diversity in pepper (capsicum) fruits-two diverse accessions:in health-related compounds and implications for breeding. **Phytochemistry**. v. 72, nº 11/12, p. 1358-70, 2011.

**Estudos
Interdisciplinares em
Saúde**

RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS¹

Risk of falls in elderly

Danielli Possamai Della Furlaneto²
Luciane Bisognin Ceretta³
Maria Tereza Soratto⁴

Recebido em: 11 mai. 2015
Aceito em: 22 jun. 2015

RESUMO: Estudo com objetivo de conhecer através de revisão bibliográfica o risco de quedas em idosos. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de caráter descritivo, qualitativo, desenvolvido a partir de artigos científicos para auxiliar o público em geral a promover estratégias para promover a prevenção de possíveis quedas. As intervenções e cuidados preventivos devem associar fatores ligados ao controle medicamentoso, educação em saúde, exercícios e atividades físicas, acessibilidade, manutenção da capacidade funcional. Para o controle de quedas, é preciso que o idoso receba suporte multiprofissional qualificado.

Palavras-chave: Idosos. Acidentes por Quedas. Urgência. Emergência.

ABSTRACT: Study to know through literature review the risk of falls in the elderly. It is a bibliographical research, descriptive, qualitative, developed from scientific papers to help the general public to promote strategies to promote the prevention of possible falls. Interventions and preventive care should associate factors related to drug control, health education, exercise and physical activities, accessibility, maintenance of functional capacity. For the control of falls, it is necessary that the elderly receive multidisciplinary support qualified.

Keywords: Seniors. Accidents by fall. Urgency. Emergency.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população associa-se a importantes transformações sociais e econômicas, bem como à mudança no perfil epidemiológico e demandas dos serviços de saúde. Apesar de ser um processo natural, o envelhecimento força o organismo a diversas alterações funcionais e anatômicas, com alterações nas condições de saúde do idoso, como efetiva redução na capacidade funcional.

¹ Artigo baseado na Monografia de Pós-graduação em nível de Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência.

² Enfermeira. Pós-Graduada em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC. E-mail: daniidella@gmail.com.

³ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Mestre em Enfermagem. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC. Criciúma, SC, Brasil. E-mail: luk@unesc.net.

⁴ Enfermeira. Mestre em Educação. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC. Endereço para correspondência: Maria Tereza Soratto. R. Dom Joaquim Domingos de Oliveira, 50. Apt 301. Ed Jatobá. Centro. Criciúma, SC, Brasil. Cep: 88.801-230. E-mail: guiga@unesc.net.

Tal mudança, no Brasil, implica elevação dos custos para o sistema de saúde, fazendo do envelhecimento um fenômeno que precisa de ampla discussão (AYRES, 2004).

Há décadas se observa o crescimento do número de pessoas que buscam atendimento em serviços de atenção às urgências e emergências. Os motivos são diversos, dentre eles a queda em idosos. Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade corporal (PEREIRA et al., 2001).

Além dos danos físicos, as quedas também podem ter repercussões psicológicas que se expressam pelo medo de cair novamente e pela perda de confiança na capacidade de deambular com segurança, principalmente nos idosos, o que pode levar à diminuição das atividades de vida diária, piora do declínio funcional, depressão e isolamento social (PEREIRA et al., 2001).

Conhecendo os riscos e a área que cada paciente possui podemos oferecer aos familiares e cuidadores uma assistência segura e de qualidade, para realização de práticas para a melhoria das suas ações de cuidado, assim podendo desencadear medidas preventivas, que permite auxiliar a diminuir as quedas e as lesões decorrentes dessa.

Os acidentes intra e extradomiciliares são a quinta causa de morte entre os idosos e as quedas são responsáveis por 70% dessas mortes acidentais.(PINHO et al 2005; SAFONS; PEREIRA; RODRIGUES, 2006).

Através disto, o estudo se justifica pela necessidade de reconhecer as limitações de cada paciente idoso, uma vez que poderá se orientar e definir o planejamento de intervenções preventivas a esse evento, e assim, contribuir para a segurança do paciente. A queda em idosos constitui-se em um problema grave que pode levar a complicações relacionadas às fraturas.

Com o intuito de auxiliar e promover estratégias para prevenção de posteriores urgências e emergência da população idosa, tem-se como objetivo: conhecer através de revisão bibliográfica o risco de quedas em idosos.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de caráter descritivo, qualitativo, desenvolvido a partir de artigos científicos publicados entre 2001 e 2014, revistas eletrônicas de saúde, indexados na Scielo (Scientific Electronic Library Online), LILACS e Google acadêmico a fim de se identificar publicações recentes envolvendo o risco de queda na população idosa.

REFERENCIAL TEÓRICO

PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento da população associa-se a importantes transformações sociais e econômicas, bem como à mudança no perfil epidemiológico e demandas dos serviços de saúde. O estatuto do idoso garante a esta população prioridade na formulação e na execução de políticas sociais, bem como ratifica o direito do idoso à vida, saúde, alimentação, educação, cultura, cidadania, liberdade, dignidade, ao esporte, lazer, trabalho, respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2004).

No envelhecimento, ocorre uma deterioração geneticamente programada que envolve alterações neurobiológicas, estruturais, funcionais e químicas, bem como fatores ambientais e socioculturais, como qualidade e estilo de vida, dieta, sedentarismo e exercício, que incidem sobre o organismo (SANTOS; ANDRADE; BIENO, 2009).

Um termo muito utilizado no campo da Gerontologia é a capacidade funcional (D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011). Tal característica é divulgada como uma ferramenta que compõe um dos parâmetros da qualidade de vida nesta população e é expressa por meio da independência funcional (habilidade para executar tarefas do cotidiano) e autonomia funcional (capacidade de decidir, delegar funções) sem que nas duas opções seja tão necessário o pedido de ajuda (MAIA et al., 2006; D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011).

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações se dão de forma radical e bastante acelerada. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o país já será o sexto do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (CARVALHO, GARCIA, 2003).

Embora esse crescimento seja um importante indicativo da melhoria da qualidade de vida, é bem conhecido que o processo de envelhecimento está atrelado a perdas importantes em inúmeras capacidades físicas, as quais culminam, inevitavelmente, no declínio da capacidade funcional e da independência do idoso para atividades cotidianas conhecidas como atividades básicas de vida diária (MAZO et al., 2007; REBELATTO; CASTRO; CHAN, 2007).

POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO

De acordo com o artigo 1º - a política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 2010).

De acordo com o artigo 2º - da Política Nacional do Idoso considera-se idoso, a pessoa maior de sessenta anos de idade (BRASIL, 2010).

A população em envelhecimento apresenta “desafios sociais, econômicos e culturais para indivíduos, famílias, sociedades e para a comunidade global”, devendo ocorrer planejamento para transformar os desafios em oportunidades (BRASIL, 2014, p.1). Nesta perspectiva o processo de envelhecimento da população brasileira segundo o portal da saúde em 2014, apresenta as seguintes características:

- População total composta por 201,5 milhões, sendo 26 milhões de pessoas idosas, correspondendo a 13% da população total;

- Expectativa de vida média de 74,6 anos em 2012, sendo 77,7 anos para mulheres e 70,6 para os homens (IBGE – Tábua Completa de Mortalidade para o Brasil de 2012);

- As doenças crônicas mais prevalentes nesta população: hipertensão (53%), artrites (24%), doenças do coração (17%), diabetes (16%), depressão (12%) e 69% da população idosa têm pelo menos uma dessas doenças;

- A capacidade funcional está relacionada a qualidade de vida: 75% independente para o autocuidado, 25% uma ou mais incapacidades, 4% acamados e 1% em instituições de longa permanência;

- A limitação funcional aumenta proporcionalmente com a idade: 28% das pessoas na faixa etária entre 60-69 anos tem limitação funcional, 42,5% entre 70-79 anos e 64% das pessoas com 80 anos ou mais apresenta alguma limitação funcional;

- Sobre o acesso a serviços de saúde: 74% população idosa é SUS e 70% cadastrada no Programa Saúde da Família, variando de acordo com a região (BRASIL, 2014).

Ainda, segundo o Ministério da Saúde, a Política Nacional do Idoso possui os seguintes marcos legais:

- Política Nacional do Idoso – Lei nº 8.842/1994 – Reafirma diretrizes previstas na Constituição Federal e cria o Conselho Nacional do Idoso.

- Estatuto do Idoso – Lei 10.741 de 1/10/2003 – Art 3º - “É obrigação da família, da comunidade, da Sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”.

- Lei nº 11.433 de 28/12/2006 - Institui o dia nacional do idoso celebrado no dia 1º de outubro de cada ano.

- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – Portaria nº 2.528 de 19/10/2006 – Tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim.

- Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa Idosa do Conselho Nacional de Saúde – acompanha a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e do Estatuto do Idoso.

- Decreto Presidencial nº 8.114/2013 – Compromisso Nacional para Envelhecimento Ativo – Parceria entre as políticas públicas para monitorar ações desenvolvidas visando promoção do envelhecimento ativo e garantir a articulação entre órgãos e entidades públicas.

- Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral, lançado em 2014 (BRASIL, 2014).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de envelhecimento naturalmente promove modificações no corpo. No caso do idoso, é comum identificar parâmetros reduzidos da massa muscular que reduzem força, assim como os de densidade óssea, que enfraquecem o componente esquelético do indivíduo, fragilizando-o. (MURTAGH; HUBERT, 2004; VRIES et al., 2013).

Este processo está relacionado com a diminuição do equilíbrio, quedas, medo de cair, dependência, institucionalização e morte (BRASIL, 2010).

Estes aspectos refletem na sua postura, na maneira de andar, no equilíbrio, fatores que podem facilitar evento de queda (COPPIN et al., 2006; ASHBURN et al., 2008).

O risco de cair aumenta significativamente com o avançar da idade, pois o envelhecimento traz várias alterações anatômicas e fisiológicas, tornando o idoso mais frágil e mais propenso a sofrer quedas (SIMOCELI et al., 2003).

Queda é um evento frequente e limitante, sendo considerado um marcador de fragilidade, morte, institucionalização e de declínio na saúde do idoso. É uma mudança de posição inesperada, não intencional, que faz o indivíduo permanecer em um nível inferior (PERRACINI, 2005).

A ocorrência de quedas em idosos é um dos principais fatores de morbidade e mortalidade nessa população, porque acarreta perda de mobilidade, restrição social, dependência para realização de atividades de vida diária (AVD) e perda da autonomia (TILLING; DARAWIL; BRITTON, 2006; KENNY et al. 2011).

Pesquisas mostram que o evento é considerado o mecanismo de lesão mais frequente entre idosos (cerca de 40%), seguido pelos acidentes automobilísticos (28% dos casos), além de atropelamentos (10%) e até mesmo ferimento com arma branca e de fogo (8%) (GARCIA; LEME; GARCEZ-LEME, 2006; FREITAS; SCHEICHER, 2008).

O alto custo associado ao tratamento das quedas acidentais em idosos, especialmente da fratura de quadril, tem se constituído como preocupação crescente para

o sistema de saúde (ROUDSARI et al., 2005; ARNDT; TELLES; KOWALSKI, 2011).

Além disso, as quedas apresentam consequências muitas vezes devastadoras para as pessoas idosas, tais como declínio na capacidade física e psicológica, maior risco de institucionalização, fragilização e morte (SPEECHLEY, 2011).

As quedas afetam aproximadamente 30% das pessoas com 60 anos ou mais a cada ano. A natureza multifatorial das quedas a caracteriza como sendo uma síndrome geriátrica complexa que envolve a interação de várias condições clínicas (TINETTI; KUMAR, 2010).

Os principais fatores de risco descritos na literatura são problemas de equilíbrio corporal e marcha, problemas visuais, uso de medicações psicoativas e polifarmácia, comprometimento nas atividades de vida diária (GANZ et al., 2007; TINETTI; KUMAR, 2010); declínio cognitivo (GANZ et al., 2007; TINETTI; KUMAR, 2010; MUIR; GOPAUL; MONTERO ODASSO, 2012); fraqueza muscular (TINETTI; KUMAR, 2010); artrites e dor (TINETTI; KUMAR, 2010; LEVEILLE et al., 2009); tontura (MORAES et al., 2013), diabetes (TINETTI; KUMAR, 2010; MUIR; GOPAUL; MONTERO ODASSO, 2012; PIJERS et al., 2012) e incontinência urinária (TINETTI; KUMAR, 2010).

Dentre as dificuldades encontradas pelos idosos, destacam-se as quedas, uma vez que constituem o mais sério e frequente acidente que ocorre com idosos e a principal etiologia de morte acidental em pessoas desta faixa etária (BUKSMAN et al., 2008).

A queda pode ser definida como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil. Afirma-se ainda que as quedas possam ser manifestações de patologias existentes, resultantes da interação entre diversos fatores que comprometem a estabilidade do indivíduo, tais como: fatores ambientais, fisiológicos, psicossociais e biomédicos (PERRACINI; RAMOS, 2002; GUIMARÃES et al., 2004).

As quedas e suas conseqüentes lesões estão associadas à diminuição da qualidade de vida e ao aumento da morbimortalidade dos idosos, por isso constituem um problema de saúde pública de grande impacto social e econômico (RIBEIRO et al., 2008).

Uma pesquisa apontou que aproximadamente 88% dos idosos pesquisados que sofreram quedas têm medo de cair de novo, mostrando a possibilidade de o indivíduo restringir algumas tarefas por conta desta sensação e, por isso, ficarem suscetíveis a novas quedas (LOPES et al., 2009).

Apesar do forte impacto dos fatores intrínsecos e doméstico descritos na literatura, as quedas também podem ser influenciadas por fatores sociais (BRASIL, 2006).

A queda, apesar de ser um fator externo ao indivíduo, decorre, na velhice, da junção de todos os fatores já citado que contemplam a chamada “incapacidade funcional”. Apresenta importância relevante no cenário do envelhecimento populacional por acometer número representativo neste grupo (GILLESPIE et al., 2009; GRANACHER et al., 2013). Sua recorrência (que também é comum) gera déficits que impactam fisicamente no

processo de fragilização e compromete aspectos psicossociais do idoso (VRIES et al., 2013; WHO, 2007).

Para os idosos, as quedas possuem um significado muito relevante, pois podem levá-los a incapacidade e morte. Seu custo social é imenso e torna-se maior quando o idoso tem diminuição da autonomia e da independência ou passa a necessitar de institucionalização (FABRICIO; RODRIGUES; COSTA JUNIOR, 2004).

As dificuldades ou incapacidades encontradas pelos idosos os deixam mais dependentes do auxílio de outras pessoas para tarefas simples como sair de casa sozinho, progredindo para as tarefas de autocuidado como tomar banho ou ir ao banheiro sozinho. O fato de se tornar dependente faz com que o idoso se sinta desvalorizado, o que pode resultar no desenvolvimento de problemas psicológicos e baixa qualidade de vida (OZCAN et al., 2005; BORGES; MOREIRA, 2009).

A dependência por si só, entretanto, não constitui evento negativo. Em diferentes etapas da vida, a pessoa pode ou não ser dependente, temporária ou definitivamente (SILVA et al., 2008).

A dependência se configura mais relevante quando surge em decorrência de eventos ocorridos em fases mais avançadas da vida, como na velhice, e as atividades básicas de vida diária são afetadas por essa dependência (CABRAL et al., 2013).

Os principais fatores predisponentes encontrados na maioria dos estudos são: idade igual ou superior a 75 anos, sexo feminino, presença de declínio cognitivo, inatividade, fraqueza muscular e distúrbios do equilíbrio corporal, marcha ou mobilidade, quedas anteriores com ou sem fraturas, comprometimento para realizar atividades de vida diária e o uso de medicamentos, entre outros (PERRACINI; RAMOS, 2002; LAJOIE; GALLAGHER, 2004).

A prevalência de quedas tem sido associada com idade avançada, sedentarismo, autopercepção de saúde como ruim e maior consumo de medicações variadas de uso contínuo (GARCIA; LEME; GARCEZ-LEME, 2006).

Em pesquisa realizada com idosos institucionalizados, observou-se que o maior fator de risco ligado à queda é o número de doenças crônicas. Também se notou que incontinência urinária, polifarmácia, antidepressivos e arritmias atuam como situações de risco nesse ambiente (AIKAWA; BRACIALLI; PADULA, 2006).

O sono adequado e o cochilo durante o dia parecem estar relacionados ao evento da queda. Um dos estudos mostrou que a insônia e o cochilo diurno são prováveis fatores. Estudo realizado com mais de 600 idosos mostrou uma prevalência de sintomas de insônia em quase metade dos participantes (49%) que sofreram quedas. Entre os que relatavam cochilar durante o dia, a prevalência foi de 62% (PEREIRA; CEOLIM; NERI, 2013).

Na revisão de literatura encontra-se o perfil de saúde dos idosos que caem inclui a hipertensão arterial sistêmica (HAS), insuficiência coronária, osteoporose e redução da

acuidade visual gerada pela catarata. A diabetes mellitus apresenta consequências como decréscimo da função sensoriomotora, déficits neuromusculares e musculoesqueléticos e complicações farmacológicas. Em decorrência disso, a doença tem sido referenciada como de risco para quedas (GARCIA; LEME; GARCEZ-LEME, 2006; PAYNE et al., 2013; CREWS et al., 2013).

No que diz respeito ao ambiente doméstico, a Organização Mundial da Saúde (OMS) notificou que fatores como escadas irregulares, diferentes relevos de piso no mesmo ambiente, escadas com degraus mal projetados, ambientes externos ao redor da casa que, com a chuva (ou neve), apresentam o piso escorregadio, todos associados com baixa iluminação, são fatores que contribuem para a ocorrência de queda (WHO, 2007).

Tem sido sugerido que idosos que apresentam habilidade reduzida no controle postural, aumentando sua predisposição para a queda (MELZER; BENJUYA; KAPLASNSKI, 2004).

Estudos estimam que 60 a 70% das quedas em idosos ocorrem dentro de seus lares e esta proporção pode aumentar com o passar da idade, observada em indivíduos acima de 75 anos. Dentre as quedas que geram fratura de fêmur, um estudo verificou que 30% deste público morre em até um ano (FREITAS; SCHEICHER; 2008; ROSSINI et al., 2010).

A queda, entre os diagnósticos de admissão em hospitais, é um dos motivos que mantêm por mais tempo o indivíduo internado, fato este que gera mais gasto para a saúde pública. Entre alguns países do norte da América e Europa, verificou-se que o tempo de permanência no hospital costuma variar de quatro a 15 dias. Isso se prolonga ainda mais em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos cujas políticas de saúde sofrem com falta de suporte financeiro e estratégias eficazes para tornar disponível um tratamento adequado (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JÚNIOR, 2004; FREITAS; SCHEICHER, 2008).

Existem ainda fatores sociodemográficos, como a institucionalização, que representa um fator de risco para quedas por denotar um caráter de atenção e suporte a idosos fragilizados na grande maioria. Mesmo que o idoso institucionalizado não esteja fragilizado por algum distúrbio orgânico, muitas vezes o isolamento, o abandono e o grau de inatividade física contribuem para a propensão a quedas, por acelerar o curso do envelhecimento (JAMET et al., 2004; SOARES et al., 2003).

Segundo a percepção dos idosos e familiares, a dificuldade ou dependência para sentar e levantar, caminhar na superfície plana, tomar banho e caminhar fora de casa são algumas das consequências mais impactantes da queda (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JÚNIOR, 2004; FABRÍCIO; RODRIGUES, 2006).

O medo pode tornar-se um ciclo vicioso à medida que o indivíduo sofre a queda, fica apreensivo, para de movimentar-se com a desenvoltura anterior e assim reduz o equilíbrio e a mobilidade, predispondo-se a cair novamente. O medo de cair também está relacionado com pessoas que não sofreram nenhum episódio de queda (FABRÍCIO;

RODRIGUES, 2006; LOPES et al., 2009).

Abaixo as principais causas de quedas, peso da evidencia e tipo de queda segundo Perracini (2005).

Fatores	Peso da evidencia e tipo de queda
Sociodemográficos	
Sexo feminino	Alto (acidentais, recorrentes e com lesões sérias)
Idade > ou = 75 anos	Alto (acidentais, recorrentes e com lesões sérias)
Ausência de cônjuge	Baixo (recorrentes)
Raça branca	Baixo (com lesões sérias)
Baixa renda	Baixo (acidentais)
Morar sozinho	Baixo (com lesões sérias)
Psicocognitivos	
Declínio cognitivo	Alto (acidentais, recorrentes)
Depressão	Baixo (acidentais)
Medo de Cair	Baixo (recorrentes)
Condições de saúde/doença crônica	
AVC prévio	Alto (acidentais, recorrentes)
Diabete	Baixo (acidentais)
Queixa de tontura	Médio (acidentais e recorrentes)
Hipotensão postural	Baixo (recorrentes)
Baixo índice de massa corporea	Médio (acidentais, com lesão sérias)
Anemia	Baixo (com lesões sérias)
Insônia	Baixo (recorrentes, com lesões sérias)
Incontinência ou urgência miccional	Médio (recorrentes, com lesões sérias)
Artrite/artrose	Baixo (acidentais)
História prévia de quedas	Alto (recorrentes, com lesões sérias)
História prévia de fraturas	Alto (recorrentes, com lesões sérias)
Neuropatia	Baixo (com lesões sérias)
Funcionalidade	
Comprometimento em AVD	Alto (acidentais, recorrentes, com lesões sérias)
Necessidade de dispositivo de auxilio a marcha	Baixo (acidentais)
Inatividade	Alto (acidentais, recorrentes, com lesões sérias)
Comprometimento sensorial	
Comprometimento visual	Moderado (acidentais, recorrentes, com lesões sérias)
Equilíbrio corpóreo, marcha e mobilidade	Alto (acidentais, recorrentes, com lesões sérias)
Distúrbio Neuromuscular	
Fraqueza muscular de MMII	Alto (acidentais, recorrentes)
Fraqueza muscular de preensão	Alto (acidentais, recorrentes, com lesões sérias)
Diminuição de reflexos	Baixo (acidentais)
Dor em joelho ou quadril	Baixo (acidentais)
Problemas nos pés	Baixo (acidentais)
Tempo de reação	Baixo (com lesões sérias)
Uso de medicações	
Psicotrópicas: benzodiazepínicos	Alto (recorrentes, com lesões sérias)
Bloqueadores de canal de cálcio	Baixo (com lesões sérias)
Analgésicos	Baixo (com lesões sérias)
Número de medicações	Alto (recorrentes, com lesões sérias)
Condição médica prévia	
Hospitalizações	Baixo (acidentais)

Se alto: fator presente na maioria dos estudos; se moderado: fator presente em boa parte dos estudos, mas

não na maioria, e se baixo: fator presente em 1 ou 2 estudos apenas. Fonte: Perracini (2005).

O controle do equilíbrio requer a manutenção do centro de gravidade sobre a base de sustentação durante situações estáticas e dinâmicas. Esse processo ocorre de forma eficaz pela ação, principalmente dos sistemas visual, vestibular e somatossensorial. Com o envelhecimento, esses sistemas são afetados e várias etapas do controle postural podem ser suprimidas, diminuindo a capacidade compensatória do sistema, levando a um aumento da instabilidade (RUWER; ROSSI; SIMON, 2005).

Prevenir quedas sempre será a opção mais eficaz e barata. Estudos mostram que as intervenções multifacetadas apresentam maiores chances de promover a conscientização na população de idosos. A atividade física atua como grande método de prevenção e pode ser adaptada aos déficits que já estejam presentes no idoso, como treino de marcha, de equilíbrio, cuidados com hipotensão postural e transferências (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JÚNIOR, 2004; FREITAS; SCHEICHER, 2008; GRANACHER et al., 2013).

Ainda que o trabalho preventivo seja enfatizado como proposta determinante na redução das quedas, verificam-se algumas barreiras na implantação efetiva desse tipo de programa. É visto que idosos ainda têm dificuldade para reconhecer e conscientizar-se sobre os fatores de risco para quedas, e relatam muito pouco sobre essas questões aos médicos. Assim, muitas estratégias de prevenção acabam sendo negligenciadas, até que uma desordem física relevante, ocasionada por uma queda, possa ser um fator que estimule o idoso a se tratar (CHOI; HECTOR, 2012; GRANACHER et al., 2013).

Estudo de revisão sobre prevenção de quedas em idosos da comunidade aponta que a assistência multifatorial reduz as chances de quedas, porém ainda são pouco conclusivas em estudos de risco. O suporte dado no domicílio quanto à segurança do ambiente e aspectos ergonômicos, junto ao trabalho de exercícios físicos, é um exemplo de bons resultados na prevenção de quedas, principalmente quando se trata de idosos mais dependentes e com menor acuidade visual (GILLESPIE et al., 2009).

Vários testes têm sido desenvolvidos com o objetivo de avaliar funcionalmente o equilíbrio e marcha e na busca de se estabelecer parâmetros para identificação de idosos com maior suscetibilidade. Dentre eles, destacam-se: Timedup go test (Podsiadlo & Richardson, 1991), a escala de equilíbrio de Berg (Berg functional balance scale, Berg et al., 1992) o Poma – Performance-oriented mobility assessment (Tinetti, 1986, 1988), o Functional reach e o Dynamic gait index (Schumway-Cook et al., 1997) (PERRACINI, 2005).

Evitar o evento queda é considerado hoje uma conduta de boa prática geriátrico-gerontológica, tanto em hospitais quanto em instituições de longa permanência, sendo considerado um dos indicadores de qualidade de serviços para idoso (PERRACINI, 2005).

Intervenções são recomendadas para tratamento de fatores de risco/causas de quedas em idosos segundo Perracini (2005).

Fator de Risco ou Causa Presente	Intervenção
---	--------------------

Fraqueza muscular de MMII	Programa de fortalecimento muscular de quadríceps e dorsiflexores de tornozelo. Exercícios excêntricos são recomendados.
Distúrbio de equilíbrio	Treino de equilíbrio em relação a: integração das informações sensoriais, controle dos limites de estabilidade, controle da rotação de tronco e eficácia das estratégias motoras. Recomenda-se a prática de Tai Chi.
Distúrbios de marcha	Adequação e/ou prescrição de dispositivos de auxílio a marcha.
Déficit visual	Adequação de lentes corretivas. Visita ao oftalmologista. Evitar o uso de lentes bifocais. Acompanhamento cuidadoso do equilíbrio corpóreo após cirurgia de catarata.
Déficit auditivo	Prescrição e uso adequados do aparelho de amplificação sonora.
Hipotensão postural: diminuição sintomática de 20 mmHg na PA sistólica mensurada entre 1 a 5 minutos após ficar de pé a partir da posição deitada ou sentada	Revisão da medicação, elevação da cabeceira da cama, orientação de movimentos de MMII antes de se levantar.
Uso de medicações psicotrópicas	Rever a necessidade de uso de antipsicóticos, antidepressivos e benzodiazepínicos (curta e longa duração). Prescrever um número reduzido de medicações e pesquisar o uso de medicações sem prescrição médica.
Presença de riscos ambientais	Modificação ambiental só foi eficaz na redução das quedas quando realizada após avaliação feita por profissional de terapia ocupacional e depois fornecidas as adaptações necessárias.
Presença de queixa de tontura	Inquirido sobre tontura. Se houver presença de quadro de tontura (vertigem, cabeça oca, flutuação, afundamento etc.), encaminhar ao otoneurologista. Se for diagnosticada síndrome vestibular, implementar reabilitação vestibular.
Necessidades específicas nas eliminações	Evitar ingestão hídrica antes de dormir. Acender a luz para ir ao banheiro durante a noite ou deixar luz noturna acesa. Utilização de fraldas noturnas. Realizar reabilitação funcional do assoalho pélvico
Distúrbios de comportamento (agitação psicomotora, confusão mental)	Avaliar se há presença de quadro de estado confusional agudo. Adequar o ciclo vigília-sono. Implementar medidas de higiene do sono. Evitar eventos estressores. Usar terapia de validação. Evitar restrição física ou medicamentosa. Vigilância contínua.
Doença de Parkinson, acidente vascular encefálico, artrite, neuropatias, demência	Manejo farmacológico específico. Fisioterapia especializada
Distúrbio de atenção: dificuldade e, dupla tarefa (motora e cognitiva concomitantes)	Avaliação específica do desempenho por meio do Timedup GO modificado. Treino de equilíbrio associado ao treino cognitivo.

Fonte: Perracini (2005).

As intervenções recomendadas constituem-se em política pública indispensável, não só porque a queda afeta de maneira desastrosa a vida dos idosos e de suas famílias, como também porque drena montantes expressivos de recursos econômicos no tratamento de suas consequências (PERRACINI, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversos testes têm sido realizados com objetivo de avaliar de forma funcional e sistemática vários quesitos em idosos como atividades do dia a dia, como: ficar de pé, levantar-se, andar, inclinar-se, transferir-se, virar-se, entre outras.

É muito importante que profissionais de saúde que atuam diretamente com o público idoso conheçam o tema “quedas” nessa população. Uma vez que as intervenções e cuidados preventivos indicam associação de fatores ligados aos diversos aspectos, como controle medicamentoso, educação em saúde, exercícios e atividades físicas, acessibilidade, manutenção da capacidade funcional, entre outros, logo se conclui que, para atingir o ponto ideal de controle de quedas, é preciso que o idoso receba suporte multiprofissional.

Cabe então aos profissionais da área atentar para esse cenário, cada qual atuando em suas especificidades, e todos colaborando para a melhor condição de vida dos indivíduos idosos.

REFERÊNCIAS

AYRES, JR. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 8, nº 14, fev. 2004.

AIKAWA, AC; BRACIALLI, MP; PADULA, RS. Efeitos das alterações posturais e de equilíbrio estático nas quedas de idosos institucionalizados. **Rev.Ciênc.Méd.** v. 15, nº 3, p.189-96, 2006.

ARNDT, Ângela Barbosa Montenegro; TELLES, José Luiz; KOWALSKI, Sérgio Cândido. O Custo Direto da fratura de fêmur por quedas em pessoas idosas: análise no Setor Privado de Saúde na cidade de Brasília, 2009. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, nº 2, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a04.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2015.

ASHBURN, A. et al. The circumstances of falls among people with parkinson's disease and the use of falls diaries to facilitate reporting. **Disabil Rehabil.**, v. 30, nº 16, p. 1205-12, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento Populacional: conquistas e desafios**, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/sas-noticias/14910-1-de-outubro-dia-nacional-e-internacional-do-idoso>>. Acesso em: 9 mai. 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional do Idoso**. Brasília: MS, 2010. 102 p.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. **Estatuto do idoso**: Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BORGES, MRD; MOREIRA, AK. Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários. **Motriz Rev EducFís**, v. 15, nº 3, p. 562-73, 2009.

BUKSMAN, S. et al. **Quedas em idosos**: Prevenção. Projeto diretrizes. Brasília: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008.

CABRAL, KN. et al. Effectiveness of a multifactorial falls prevention program in communitydwelling older people when compared to usual care: study protocol for a randomised controlled trial (Prevquedas Brazil). **BMC Geriatr**, v. 13, p. 1-7, mar. 2013.

CARVALHO, JAM; GARCIA, RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad Saúde Pública**, v. 19, nº 3, p. 725-33, 2003.

CREWS, RT. et al. A growing troubling triad: diabetes, aging, and falls. **J Aging Res**, v. 3, p.1-6, 2013 Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3586503>>. Acesso em: 10 mai. 2015.

CHOI, M; HECTOR, M. Effectiveness of intervention programs in preventing falls: a systematic review of recent 10 years and meta-analysis. **J Am Med Dir Assoc**, v. 13, nº 2, p. 188-13, fev. 2012.

COPPIN, AK. et al. Association of executive function and performance of dual-task physical tests among older adults: analyses from the InChianti study. **Age ageing** v. 35, nº 6, p. 619-24, nov. 2006.

D'ORSI, E; XAVIER, AJ; RAMOS, LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem os idosos da perda funcional: estudo epidioso. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, nº 4, p. 685-92, 2011.

FABRÍCIO, SCC; RODRIGUES, RAP; COSTA JUNIOR, ML. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, nº 1, p. 93-9, 2004.

FABRÍCIO, SCC; RODRIGUES, RAP. Percepção de idosos sobre alterações das atividades da vida diária após acidentes por queda. **Rev Enferm UERJ**, v. 14, nº 4, p. 531-7, out/dez. 2006.

FIGUEIREDO, KMOB; LIMA, KC; GUERRA RC. Instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. **Rev. Bras. Cineantrop. Desempenho. Hum.**, v. 9, nº 4, p. 408-13, 2007.

FREITAS, MAV; SCHEICHER, ME. Preocupação de idosos em relação a quedas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 11, nº 1, p. 57-64, 2008.

GANZ, DA et al. Will my patient fall? **Jama**, v. 297, nº 1, p. 77-86, 2007.

GARCIA, R; LEME, MD; GARCEZ-LEME, LE. Evolution of brasilian elderly with hip fracture secondary to a fall. **Clinics**, v. 61, nº 6, p. 539-44, dez. 2006.

GRANACHER, U. et al. The importance of trunk muscle strength for balance, functional performance, and fall prevention in seniors: a systematic review. **Sports Med**, v. 43, nº 7, p. 627-41, jul. 2013.

GILLESPIE, LD. et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. In: **The Cochrane Database of Systematic Reviews**. Hoboken, NJ: John Willey & Sons, Ltd. C 2009. 73 p. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD007146&lib=COC>>. Acesso em: 10 mai. 2015.

GUIMARÃES, LHCT. et al. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. **RevNeurocienc**, v. 12, nº 2, p. 68-72, 2004.

JAMET, M. et al. Higher visual dependency increases balance control perturbation during cognitive task fulfilment in elderly people. **Neurosci Lett**, v. 359, nº 1-2, p. 61-4, 2004.

KENNY, RA et al. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. **J Am Geriatr Soc**. v. 59, nº 1, p. 148-57, 2011.

LAJOIE, Y; GALLAGHER, SP. Predicting falls within the elderly community: comparison of postural sway, reaction time, the Berg balance scale and the Activities-specific Balance Confidence (ABC) scale for comparing fallers and non-fallers. **ArchGerontolGeriatr**, v. 38, nº 1, p. 11-26, 2004.

LEVEILLE, SG et al. Chronic musculoskeletal pain and the occurrence of falls in an older population. **Jama**, v. 302, nº 20, p. 2214-21, nov.2009.

LOPES, KT. et al. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. **RevBrasFisioter**, v. 13, nº 3, p. 223-9, 2009.

MAIA, FOM. et al. Risk factors for mortality among elderly peoples. **Rev Saúde Pública**, v. 40, nº 6, p. 2-7, 2006.

MAZO, GZ. et al. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. **RevBrasFisioter**, v. 11, nº 6, p. 437-42, 2007.

MELZER, I; BENJUJA, N; KAPLANSKI, J. Postural stability in the elderly: a comparison etween fallers and non-fallers. **Age Ageing.**, v. 33, nº 6, p. 602-7, 2004.

MUIR, SW; GOPAUL, K; MONTERO ODASSO, MM. The role of cognitive impairment in fall risk among older adults: a systematic review and meta-analysis. **Age Ageing**, v. 41, nº 3, p. 299-308, mai. 2012.

MORAES, SA. et al. Prevalence and correlates of dizziness in community-dwelling older people: a cross-sectional population-based study. **BMC Geriatr.** v. 13, p. 1-6, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/13/4>>. Acesso em: 10 mai. 2015.

MURTAGH, KN; HUBERT, HB. Gender differences in physical disability among an elderly cohort. **Am J Public Health**, v. 94, nº 8, p. 1406-11, ago. 2004.

OZCAN, A. et al. The relationship between risk factors for falling and the quality of life in older adults. **BMC Public Health**, v. 5, nº 90, 2005.

PAYNE, RA. et al. Association between prescribing of cardiovascular and psychotropic medications and hospital admission for falls or fractures. **Drugs Aging** v. 30, nº 4, p. 247-54, abr. 2013.

PEREIRA, SEM et al. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Projeto Diretrizes. **Quedas em idosos**. São Paulo: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina; 2001.

PEREIRA, AA; CEOLIM, MF; NERI, AL. Association between insomnia symptoms, daytime napping, and falls in community-dwelling elderly. **Cad Saúde Pública**, v. 29, nº 3, p. 535-46, mar. 2013.

PERRACINI, MR; RAMOS, LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev Saúde Pública**, v. 36, nº 6, p. 709-16, 2002.

PERRACINI, MR. **Prevenção e manejo de quedas no idoso**. Portal Equilíbrio e Quedas em idosos, 2005. Disponível em: <<http://www.pequi.incubadora.fapesp.br>>. Acesso em: 01 set. 2014.

PINHO, L. et al. Avaliação isocinética da função muscular do quadril e do tornozelo em idosos que sofrem quedas. **Rev. Bras. Fisioter.**, v. 9, nº 1, p. 93-99, 2005.

PIJPERS, E. et al. Older individuals with diabetes have an increased risk of recurrent falls: analysis of potential mediating factors: the longitudinal ageing study Amsterdam. **Age Ageing**, v. 41, nº 3, p. 358-65, mai. 2012.

REBELATTO JR; CASTRO, AP; CHAN, A. Quedas em idosos institucionalizados: características gerais, fatores determinantes e relações com a força de preensão manual. **Acta. Ortop. Bras**, v. 15, nº 3, p. 151-4, 2007.

RIBEIRO, AP. et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Cien. Saude. Colet**, v. 13, nº 4, p. 1265-1273, 2008.

ROSSINI, M. et al. Risk factors for hip fracture in elderly persons. **Reumatismo**, v. 62, nº 4, p. 273-82, 2010.

ROUDSARI, BS et al. The acute medical care costs of fall-related injuries among the U.S. older adults. **Injury**, v. 36, nº 11, p. 1316-22, nov. 2005.

RUWER, Sheelen Larissa; ROSSI, Angela Garcia; SIMON, Larissa Fortunato. Equilíbrio no idoso. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 71, nº 3, p. 298-303, Jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

[72992005000300006&Ing=en&nrm=iso](#)>. Acesso em: 10 mai. 2015.

SAFONS, MP; PEREIRA MM; RODRIGUES, JFA. Efeitos do “Programa Melhor Idade Brasil elecom” de condicionamento físico sobre a força dos membros inferiores de praticantes idosos. **Rev Digital**, v. 11, nº 98, jul. 2006.

SANTOS, FH; ANDRADE, VM; BUENO, OFA. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicol.estud**, v. 14, nº 1, p.3-10, jan./mar. 2009.

SILVA, A. et al. Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. **Rev.Bras.Med.Esporte**, v. 14, nº 2, p. 88-93, 2008.

SIMOCELI, Lucinda et al . Perfil diagnóstico do idoso portador de desequilíbrio corporal: resultados preliminares. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo , v. 69, nº 6, p. 772-777, dez. 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992003000600008&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai. 2015.

SPEECHLEY, M. Unintentional falls in older adults: a methodological historical review. **Can J Aging**, v. 30, nº 1, p. 1-12, mar. 2011.

SOARES, Wuber Jefferson de Souza et al . Factors associated with falls and recurrent falls in elderly: a population-based study.**Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, nº 1, Mar. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100049&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mar. 2015.

SOARES, AV. et al. Estudo comparativo sobre a propensão de quedas em idosos institucionalizados e não-institucionalizados através do nível de mobilidade funcional. **Fisioterapia Brasil**, v. 4, nº 1, p. 12-6, 2003.

TILLING, LM; DARAWIL, K; BRITTON, M. Falls as a complication of diabetes mellitus in older people. **J Diabetes Complications.**, v. 20, nº 3, p. 158-62, 2006.

TINETTI, ME; KUMAR, C. The patient who falls: “it’s always a trade-off”. **J Am Med Assoc**, v. 303, nº 3, p. 258-66, jan. 2010.

VRIES, JO. et al. Does frailty predict increased risk of falls and fractures? A prospective population-based study. **OsteoporosInt**, v. 24, nº 9, p. 2397-403, 2013.

WHO. World Health Organization. **Global report on falls prevention in older age**. France: WHO; 2007.

ENVELHECIMENTO ATIVO:

A TERCEIRA IDADE E A INCLUSÃO DIGITAL¹

Active ageing: the elderly and the digital inclusion

Danilo Erhardt²
Sandra Mara Bragagnolo³

Recebido em: 17 jul. 2015
Aceito em: 29 set. 2015

RESUMO: Este artigo apresenta um curso de inclusão digital ofertado a um grupo de pessoas da terceira idade que frequentam a Universidade Aberta da Maior Idade - UAMI mantida pela Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP. As atividades de inclusão digital aconteceram com a aplicação de um projeto apresentado e desenvolvido por um acadêmico da sexta fase do curso de Administração de Empresas da UNIARP, com o intuito de proporcionar aprendizagem e aplicação prática de conteúdos estudados. As atividades desenvolvidas tiveram como objetivo promover o acesso e desenvolver o conhecimento sobre os recursos digitais da modernidade, dentre eles, conhecimento da parte física (hardware) dos equipamentos que possibilitam acesso aos softwares, editor de texto, acesso à internet, correio eletrônico, redes sociais, ferramentas de busca para pesquisa. A escolha destes assuntos foi moldada pela contribuição que podem assumir na melhoria da qualidade de vida do público-alvo. Para alcançar os objetivos do trabalho foram elaborados planos de aula e materiais de apoio, os quais embasaram as aulas práticas ministradas durante a execução do projeto. Os resultados obtidos demonstraram o desenvolvimento das habilidades e capacidades dos participantes como usuários dos recursos que as tecnologias proporcionam em termos de acesso ao mundo globalizado. Com este estudo, conclui-se que as oportunidades precisam ser dadas a todas as pessoas, independentemente de idade, todos são capazes de se integrar ao mundo digital e interagir neste ambiente de forma a garantir que não fiquem à margem de uma sociedade que se torna a cada dia mais digital.

Palavras-chave: Inclusão digital. Terceira idade. Cibercultura. Aprendizagem. Idoso. Qualidade de vida.

ABSTRACT: This paper presents a digital inclusion course offered to a group of senior citizens who attend the Open University of the Greater Age - UAMI maintained by the University Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP. The digital inclusion activities took place with the application of a project presented and developed by an academic of the sixth phase of the course of Business Administration of UNIARP, in order to provide learning and practical application of studied contents. The activities aimed to

¹ Artigo apresentado ao Programa de Apoio à Extensão e Cultura – PAEC.

² Acadêmico da terceira fase do curso de Administração de Empresas da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP. E-mail: daniloerhardt@hotmail.com.

³ Mestranda na Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP. Docente da UNIARP. Formada em Administração de Empresas e Letras. Especialista em Metodologia do Ensino de Línguas. Endereço para correspondência: Rua Atílio Faoro, 521 Apto.7, Centro, Caçador, SC, Brasil. Cep: 89.500-000. Email: sandramara@uniarp.edu.br.

promote access and develop knowledge about the digital resources of modernity, including, knowledge of the physical part (hardware) equipment that allow access to software, text editor, Internet access, e-mail, networks social, search for research tools. The choice of these issues was shaped by the contribution they can take to improve the audience's quality of life. To achieve the objectives of the project were developed lesson plans and support materials, which based the practical lessons taught during project execution. The results showed the development of skills and abilities of the participants as resource users that technologies offer in terms of access to the globalized world. With this study, it is concluded that opportunities must be given to all persons, regardless of age, everyone is able to integrate the digital world and interact in this environment to ensure that they are not on the margins of a society that becomes every day more digital.

Keywords: Digital inclusion. Old age. Cyberculture. Learning. Elderly. Quality of life.

INTRODUÇÃO

Esse artigo se propõe a divulgar conclusões a que se chegou a partir dos resultados de um curso de inserção a tecnologias ministrado junto a pessoas da maior idade, com vistas a proporcionar momentos de aprendizado e aplicação prática de conteúdo relacionado às tecnologias da informação. Este curso foi desenvolvido nos meses de março a julho de 2015, semanalmente, a partir do projeto desenvolvido por um acadêmico da sexta fase do curso de Administração de Empresas da UNIARP.

O público-alvo do trabalho desenvolvido esteve composto por um grupo de pessoas da terceira idade, uma geração que necessita de atenção e orientação para ser incluída no mundo tecnológico e no uso adequado dos recursos que o mundo virtual proporciona.

O acadêmico que conduziu as atividades estabeleceu objetivos consistentes a serem alcançados na direção da inclusão digital de seu público-alvo, pessoas com mais de 60 anos de idade. E a UNIARP, cumprindo seu papel como promotora da cultura e da extensão, aprovou a reedição do projeto devido a sua importância e relevância de seus resultados em edições anteriores.

As atividades foram realizadas com base em um cronograma de aulas planejadas e orientadas para o êxito do projeto. Essas aulas foram realizadas em um laboratório de informática, uma vez por semana. Tempo suficiente para estimular os idosos a aprenderem e aplicarem os conteúdos aprendidos.

Todas as atividades realizadas foram embasadas em leituras sobre as necessidades das pessoas da terceira idade em termos de aprendizagem, especialmente de Levy (1999), World Health Organization (2005), Barros (2007), Becker (2009), Debert (2004), Ferreira (2008) e Lemos (2010). Esses conhecimentos auxiliaram o acadêmico que ministrou as aulas a melhor compreender o comportamento desses idosos diante das inovações.

A seguir, apresenta-se a fundamentação que fez parte do embasamento dos

trabalhos desenvolvidos.

Segundo o IBGE, já em 2002 a população de idosos representava “um contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (8,6% da população brasileira)” (BRASIL, 2002, web). Essa mesma pesquisa mostrou que “houve aumento significativo no percentual de idosos alfabetizados do País. [...] esse percentual passou para 64,8%, o que representa um crescimento de 16,1%.” Esses dados mostram a importância de promover o acesso ao conhecimento para a população idosa.

Além disso, o avanço das tecnologias alterou a cultura contemporânea. Lemos (2010, p.15) diz que:

A cultura contemporânea, associada às tecnologias digitais (ciberespaço, simulação, tempo real, processos de virtualização, etc.), vai criar uma nova relação entre a técnica e a vida social que chamaremos de cibercultura.

Uma sociedade inclusiva não pode deixar à margem a população idosa, que não teve, quando em idade produtiva, a necessidade de desenvolver o conhecimento para interagir com toda a imensa gama de possibilidades que a era da Cibercultura oferece. De acordo com Lévy (1999, p.15), a Cibercultura “expressa o surgimento de um novo universal, diferente das formas que vieram antes dele no sentido de que ele se constrói sobre a indeterminação de um sentido global qualquer”.

A Organização Mundial da Saúde adotou o termo “envelhecimento ativo” para expressar o processo de conquista de uma visão de que, se quisermos que o envelhecimento seja uma experiência positiva, a vida mais longa deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

“Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Nessa direção, oportunizar a participação passa a fazer parte da missão de instituições como as universidades. Uma iniciativa como a desenvolvida na aplicação desse projeto permite aos idosos perceberem seu potencial mental e, por extensão, participarem da sociedade de acordo com suas necessidades e capacidades.

Ferreira (et al., 2008) dizem que, embora existam muitos mitos e preconceitos que estigmatizam os idosos como incapazes de aprender, uma nova consciência está surgindo em relação à integração dessa população na sociedade.

MATERIAL E MÉTODOS

Para desenvolver o curso de inserção a tecnologias junto a pessoas da terceira idade, primeiramente foi escrito um projeto em que foram apresentadas a fundamentação e as justificativas para as ações propostas. Também foram analisados recursos

necessários e cronograma de execução das atividades propostas. Este projeto foi desenvolvido por um acadêmico da terceira fase do curso de Administração de Empresas da UNIARP e supervisionado por um professor orientador, nos termos do regimento da instituição.

O público-alvo dos trabalhos foi um grupo de pessoas de terceira idade que frequenta a Universidade Aberta da Maior Idade - UAMI mantida pela Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP.

O curso aconteceu em um dos laboratórios de informática das dependências da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP. Este espaço conta com excelentes recursos tecnológicos, dispondo, portanto, de todas as condições para que as atividades se desenvolvessem com eficiência e eficácia.

A proposta de trabalho teve por objetivo proporcionar ao público-alvo aprendizagem com aplicação prática do conteúdo relacionado às tecnologias da informação. O curso foi desenvolvido nos meses de março a julho de 2015, semanalmente.

Anteriormente às aulas, foram formalizadas inscrições dos participantes, com o preenchimento de informações pessoais, que alimentaram um breve cadastro, para que, se fosse necessário, fosse possível realizar contato, bem como conhecer o perfil dos alunos.

Aplicados e coletados os dados, os mesmos foram analisados para, num segundo período, serem iniciadas as aulas, que aconteceram em dia e horário fixos. Os 16 alunos inscritos dispunham de um computador para cada um, com acesso a todos os programas necessários para se trabalharem os conteúdos previstos.

No decorrer do curso ministrado, foram estudadas duas apostilas organizadas pelo acadêmico. Esse material teve o objetivo de facilitar o aprendizado do conteúdo exposto em sala. Uma das apostilas informava os alunos sobre as ferramentas que compõem o Windows 7; e outra, apresentava dicas e auxílio no uso da internet.

A receptividade e gosto dos alunos pelas aulas deram prova de que o método de condução das atividades foi adequado, o que ficará mais claro na sessão seguinte, onde apresentam-se os resultados alcançados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dezesseis alunos participaram do curso de inclusão digital para a terceira idade. No início das atividades, buscou-se reunir material e adotar estratégias que trouxessem motivação para a turma. Foram usados vídeos, imagens para ilustrar o conteúdo a ser compreendido, antes que passassem a utilizar os computadores. Surgiu a necessidade de adaptar os conteúdos para melhor adequação às características do grupo. De acordo com Barros (2007), para trabalhar com esse público é preciso entender noções de tempo,

espaço e pessoa. “Essas categorias, fundamentais em qualquer sociedade, são apreendidas pelo estudo dos significados construídos socialmente sobre o ciclo de vida do indivíduo e dos grupos sociais” (BARROS, 2007 p. 9).

As pessoas que fizeram parte do grupo com que se trabalhou chegaram à terceira idade no limiar do século XXI e vivem, como toda a população mundial, a era da cibercultura, com a diferença de que, segundo eles, não se utilizaram dos instrumentos da cultura digital, seja em sua vida particular ou na profissional. Daí a necessidade de incluir essa parcela da sociedade através de ações que respeitem suas limitações e privilegiem suas capacidades. Freire e Sommerhakder (2000) dizem que,

ao envelhecer, as pessoas confrontam-se com novos desafios e novas exigências. As limitações físicas são acrescidas àquelas que a sociedade coloca, como os preconceitos e os estereótipos, e o grande desafio é construir permanentemente o próprio caminho a desenvolver atitudes que as levem a superar dificuldades, integrando limites e possibilidades de conquistar mais qualidade de vida.

Sabendo disso, foram conduzidas atividades práticas para cada aula, bem como exercícios para finalização de cada conteúdo trabalhado em sala. Dessa forma, foi possível garantir a fixação do conhecimento adquirido. Assim, as aulas foram predominantemente práticas, e a turma demonstrou muito interesse. Realmente os alunos queriam aprender algo novo e, sobretudo, beneficiarem-se deste conhecimento, por isso a condução dos trabalhos levou sempre em consideração o tempo de aprendizagem de cada aluno.

Veem-se as pessoas da terceira idade reagindo a essas imposições culturais em relação ao que seja *envelhecer*. Isso faz com que consigam melhorar sua qualidade de vida. “Pode-se dizer que a novidade do tema velhice nos estudos antropológicos, sobretudo no Brasil, acompanha o próprio movimento de descoberta da velhice por parte da sociedade” (BARROS, 2007). Pode-se dizer que, aos poucos, a velhice ultrapassa os limites das vidas particulares de cada um e de cada família, para, com outras tantas questões, atrair a atenção da sociedade.

Na primeira fase de trabalhos, em que foram trabalhados os componentes lógicos que permitem utilizar dos recursos de um computador, foi possível perceber diferenças entre o conhecimento dos participantes. Alguns já tinham desenvolvido esse conhecimento pelo contato com equipamentos que chegaram a suas casas através de filhos e netos. Entretanto, alguns dos participantes nunca tinham estado em contato direto com um computador. Para esses, comandos considerados simples pelos jovens, como *Ctrl + Alt + Del*, necessário para iniciar o computador, em que se usam as duas mãos e três dedos, foi uma tarefa de nível difícil. Aí foi possível perceber a importância da paciência por parte de quem ensina e da persistência de quem aprende. Também foi possível perceber o respeito entre os participantes no sentido de esperar até que todos estivessem aptos a seguir para a próxima etapa de aprendizagem. Cada conteúdo foi exposto de forma interativa, sem testes ou avaliações, considerando apenas o conhecimento obtido pelos participantes, havendo, ali, um ambiente de amizade e

respeito, cujo principal objetivo foi aprender, todos juntos, cada vez mais.

Nesse contexto, salta aos olhos a relação automática, conforme também defende Becker (2009), entre conhecimento e melhoria da sociedade através do “progresso moral”, não só do conhecimento.

Através da primeira fase de execução do projeto, foi possível apresentar o funcionamento dos computadores e suas principais ferramentas de trabalho, dando preferência às mais utilizadas, tais como: ferramentas do sistema, editor de texto, função de planilhas, como fazer apresentação em slides.

Em seguida, partiu-se para a explanação dos meios de comunicação *online*. As atividades tornaram possível que os idosos, instruídos de forma correta, fizessem acessos à internet. Houve registro por parte deles de que estavam realizando pesquisas e buscando, através da rede mundial de computadores, algo que lhes fizessem sentir-se bem. Havia muita curiosidade e empenho dos alunos em conseguir autonomia no uso dos recursos das tecnologias estudadas.

Dessa forma, foi possível visualizar claramente a importância de o idoso envolver-se em atividades que a sociedade digital cultiva. Incluí-lo digitalmente permitiu que os idosos se mantivessem informados, que se comunicassem e que aprendessem. Saber aproveitar e dispor do que os recursos digitais proporcionam trouxe benefícios para a vida social destes cidadãos. Além disso, essas atividades fizeram com que sua autoestima se elevasse, pois deixaram de sentirem-se marginalizados quando se trata de assuntos relacionados à tecnologia da informação.

De acordo com Santos (2007 p.36), “o desejo da Sociedade da Informação e do Conhecimento não provoca uma sociedade nova, mas sim a renova de um ideal antigo, proclamando dessa maneira uma liberdade desejada”. As pessoas que chegam à terceira idade fazem parte da Sociedade a que o autor faz referência. Dessa forma, a inclusão digital se insere no movimento de inclusão social, que é um dos grandes objetivos compartilhados nas últimas décadas por diversos governos do mundo.

As aulas tornaram possível, também através da internet, que os idosos se comunicassem com várias pessoas com as quais não falavam devido à distância física que os separa.

O desenvolvimento deste projeto trouxe para o grupo uma nova visão de mundo. E, a partir dela, foi percebida uma infinidade de oportunidades de interação comunicacional.

De acordo com Debert (2004), “as novas imagens do envelhecimento são, sem dúvida, expressão de um contexto marcado por mudanças culturais que redefinem a intimidade e a construção de identidades”.

Foi fundamental instruir os idosos de que devem tomar alguns cuidados com relação à segurança. Foram repassadas dicas, técnicas de utilização e formas de proteção e controle de dados.

No final da etapa, os alunos manifestaram sua satisfação com o que aprenderam e solicitaram que as aulas sejam mantidas pela instituição, o que reforça a validade e importância de atividades como essa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há estudos que comprovem que os idosos são incapazes de aprender o novo. Os debates atuais sobre o envelhecimento, denotam essa etapa da vida como um período em que conceitos antigos sobre essa etapa da vida são substituídos por novos conceitos em que se propõe uma nova identidade. As novas formas de envelhecer apresentam-se como desafio para os profissionais empenhados em compreendê-los (SILVA, 2008). A aplicação desse projeto deu provas concretas dessa realidade. Aprender a utilizar o computador, navegar pela internet e usufruir das várias possibilidades existentes pode representar uma grande diferença. Adequar-se ao mundo dos filhos e netos, comunicar-se com outras pessoas, explorar os programas disponíveis passa a ser uma maneira excelente de melhorar a qualidade de vida.

As atividades desenvolvidas permitiram aos idosos perceberem seu potencial ao longo da vida e serem socialmente participantes, de acordo com suas capacidades, necessidades e vontade, ajudando-os a viver bem e felizes.

É gratificante constatar que houve progressos para a sociedade local, e que esse benefício foi proporcionado pela ação conjunta de comunidade-aluno-professor-instituição, em uma relação em que todos ganham. Além disso, o trabalho realizado ofereceu espaço para a troca de experiências e interação entre gerações (já que o acadêmico tem idade para ser neto dos alunos).

É de fundamental importância que a Universidade continue abrindo espaço para que trabalhos como esse sejam realizados. Há aprendizados que só se conseguem com a prática, pois estão muito além dos livros e conteúdos teóricos. Estar em contato com pessoas que precisam e ser agente de ações que melhorem a qualidade de vida de outrem são experiências excelentes de crescimento e aprimoramento, tanto cognitivo quanto epistemológico.

O planejamento, a execução e a conclusão das atividades permitiram aos envolvidos perceber a importância do respeitar, do planejar e do replanejar, do organizar, do manter o foco em objetivos coerentes e nos quais se acredite. Toda atividade precisa estar acompanhada de base científica e acompanhamento competente. E isso, certamente, contribuiu para o alcance dos bons resultados aqui relatados.

REFERÊNCIAS

BARROS, Myriam Moraes Lins de (org.). **Velhice ou terceira idade?** Estudos

antropológicos sobre identidade, memória e política. 4^o ed. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

BECKER, Maria Lucia. **Inclusão digital e cidadania**: as possibilidades e as ilusões da solução tecnológica. Ponta Grossa: UEPG, 2009.

BRASIL. IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em: 12 jul. 2015.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: EDUSP/Fapesp, 2004.

FREIRE, Sueli Aparecida; SOMMERHALDER, Cinara Envelhecer nos tempos modernos. In: FREIRE, Sueli Aparecida; NERI, Ana Liberalesso (Orgs.). **E por falar em velhice**. Campinas: Papyrus, 2000. p. 125-135.

FERREIRA, Anderson Jackle [et al.] **Inclusão digital de idosos**: a descoberta de um novo mundo. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.

LEMOS, André. **Cibercultura**: tecnologia e vida social na cultura contemporânea. 5.ed. Porto Alegre: Sulina, 2010.

LÉVY, Pierre. **Cibercultura**. São Paulo: Editora 34, 1999.

SILVA, Luana Rodrigues Freitas. **Terceira idade**: nova identidade, reinvenção da velhice ou experiência geracional? Rio de Janeiro: Physis, v. 18 no. 4. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400011>. Acesso em: 23 set. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA

Perception of health professionals about the importance of multidisciplinary and interdisciplinary job in the basic attention

Sabrina Zanchett¹
Fabiana Meneghetti Dallacosta²

Recebido em: 16 jul. 2015
Aceito em: 13 ago. 2015

RESUMO: A atenção básica é formada por uma equipe multiprofissional que deve atuar em uma perspectiva interdisciplinar. Para isso, faz-se necessário a participação, análise em conjunto do problema e a integração de conhecimentos específicos de áreas diversas com o objetivo comum de promover e manter a saúde. Esse estudo teve como objetivo avaliar a percepção dos profissionais da atenção básica do município de Abdon Batista sobre a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Foi utilizado um questionário para analisar o que o profissional compreende sobre o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, a importância da realização desse trabalho, os principais benefícios ao paciente e as principais dificuldades encontradas na sua realização. Os dados foram analisados através técnica de análise de conteúdo de Bardin. Os resultados mostram que os profissionais apresentam certa dificuldade na diferenciação da multiprofissionalidade da interdisciplinaridade, todos acham de suma importância a sua realização e a principal dificuldade na realização do trabalho interdisciplinar é a falta de comunicação entre os profissionais e para que ocorra a melhora na execução desse trabalho deve haver a realização de reuniões de equipe com discussão dos casos. Conclui-se que o trabalho multiprofissional e interdisciplinar ainda é um grande desafio na atenção básica, mas quando implantada traz muitos benefícios tanto para a população quanto para a equipe de trabalho.

Palavras-chave: Multiprofissionalidade. Interdisciplinaridade. Atenção básica.

ABSTRACT: The basic attention is formed by a multiprofessional team that must act in interdisciplinary perspective. For this, it's required participation, analysis the problems together and the integration of expertise from different areas with the common goal to promote and maintain health. This study aimed to evaluate the perception of the professionals of the basic attention in the city of Abdom Batista about the importance of multidisciplinary and interdisciplinary job. It was used a questionnaire to analyse what professionals understands about multidisciplinary and interdisciplinary job, the importance of to do this job, the main benefits to the patient and the main difficulties encountered in its implementation. Data were analyzed using Bardin's technique. Results indicate that professionals present some difficulty in differentiation of multi-professionalism and interdisciplinarity, everyone thinks it's

¹ Especialista em Saúde Coletiva. Cirurgiã Dentista do ESF de Abdom Batista. E-mail: sabrinazanchett@gmail.com.

² Doutora em Ciências da Saúde. Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC. E-mail: fabiana.dallacosta@unoesc.edu.br.

utmost importance its implementation and the main difficulty in the realization of interdisciplinary job is the lack of communication between professionals and for improvement the implementation of this job must be team meetings with discussion of cases. We concluded that the multiprofessional and interdisciplinary job is still a big challenge in the basic attention, but when deployed brings many benefits both for the population and for the team.

Keywords: Multiprofessional. Interdisciplinarity. Basic attention.

INTRODUÇÃO

A atenção básica é formada por uma equipe multiprofissional que deve atuar em uma perspectiva interdisciplinar. Para a formação de uma equipe interdisciplinar, fazem-se necessárias a participação, a análise, em conjunto do problema e a integração de conhecimentos específicos de áreas diversas com o objetivo comum de promover e manter a saúde.

O processo de trabalho em saúde funda-se numa inter-relação pessoal intensa, decisiva para a própria eficácia do ato, e possui dimensões intercomplementares e interatuantes. Nesse contexto, a adequação entre os processos formativos e a filosofia preconizada para o Programa de Saúde da Família (PSF) no Sistema Único de Saúde (SUS) coloca-se como questão central no programa. Os profissionais devem estar inseridos num processo de gestão do trabalho que preconize a educação permanente no trabalho mediante ações concretas direcionadas às necessidades da população, com qualificação profissional que contemple a sociedade, conhecendo, fiscalizando e contribuindo para o fortalecimento do controle social no SUS (NORONHA, LIMA FILHO, 2011). As relações de trabalho e a formação profissional do trabalhador de saúde são complexas e determinantes na qualificação da Atenção Básica.

Um dos principais fatores que dificultam a prática da interdisciplinaridade no trabalho das equipes é a formação dos profissionais de saúde, que prioriza conhecimentos técnicos adquiridos e desconsidera práticas populares da comunidade na qual a equipe é inserida. Além disso, privilegia o trabalho individual em relação ao coletivo, o que prejudica a integração da equipe e a aplicação da prática necessária (LOCH-NECKEL et al., 2009).

Conceituar a interdisciplinaridade não é tarefa fácil, pois se trata de um assunto vasto e complexo, o que dá margem para múltiplas formas de interpretação. Esta dificuldade acentua-se ainda mais na prática. O que ocorre nos serviços de saúde, na sua maioria, são encontros multidisciplinares, em que os profissionais permanecem com suas práticas individuais, distanciando-se do trabalho interdisciplinar (MEIRELLES, 2003).

Alguns autores definem a interdisciplinaridade como ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas, de profissionais de diferentes procedências quanto à área básica do conhecimento. O trabalho interdisciplinar envolve a criatividade, originalidade e flexibilidade frente à diversidade de formas de pensar, frente aos problemas e às suas

soluções, na prática interdisciplinar não se pretendem uma desvalorização ou negação das especialidades. O que se busca é a superação da fragmentação do conhecimento, reconhecendo e respeitando as especificidades de cada área profissional. Facilitando assim os enfrentamentos profissionais e a assistência humanizada e cidadã que contribui para melhorar a compreensão da realidade.

Devido à grande dificuldade no trabalho interdisciplinar, Matos e Pires (2009) realizaram um estudo exploratório descritivo, de natureza qualitativa, apoiado no materialismo histórico dialético e na perspectiva da complexidade. Onde foi desenvolvido com profissionais e usuários de duas equipes interdisciplinares de saúde em dois hospitais do Sul do Brasil, tendo como objetivo conhecer, na organização do trabalho das equipes, as experiências que potencializam os cuidados de saúde na perspectiva da integralidade e do agir interdisciplinar. Utilizaram a triangulação na coleta e análise dos dados obtidos por entrevistas, estudo documental e observação sistemática entre agosto de 2005 a maio de 2006.

Os resultados mostraram que práticas de planejamento coletivo, de reuniões sistemáticas de equipe e com familiares/usuários contribuem para a integralidade do cuidado em saúde, para a educação permanente e para a satisfação no trabalho. Com o presente trabalho eles puderam concluir que a prática de reuniões de equipe, as visitas multiprofissionais aos doentes internados e os estudos de caso podem contribuir para a efetivação de mudanças na prática atual, e para a educação permanente dos profissionais de saúde, na medida em que se constituem em momentos de aprendizagem coletiva. A perspectiva interdisciplinar em saúde é um caminho promissor para melhoria da qualidade do cuidar em saúde (MATOS, PIRES, 2009).

A diversificação da equipe de saúde, com a incorporação de profissionais de diversas áreas, torna sua composição cada vez mais complexa, pois aumenta a divisão do trabalho entre as áreas especializadas, comprometendo a visão global daquele que busca cuidados de saúde, e na prática assistencial, na maioria das vezes, não acontece a interação profissional e a articulação de saberes e ações. Para solucionar esse impasse, a perspectiva interdisciplinar tem potencial para compreender melhor a multidimensionalidade do objeto de trabalho em saúde e para proporcionar melhores resultados no trabalho (MATOS, PIRES, 2009).

Os membros da equipe devem articular as suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira adequada já que todos conhecem a problemática. A interdisciplinaridade deve ser vista como um modelo aplicável, e como um desafio, uma meta a ser alcançada.

O objetivo dessa pesquisa é conhecer a percepção do profissional da unidade básica de saúde do município Abdon Batista sobre a importância do trabalho interdisciplinar e as principais dificuldades encontradas nesse trabalho que é de suma importância na integralidade da atenção.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, com análise qualitativa. Participaram da pesquisa 19 profissionais da Unidade Básica de Saúde José Mocelin do município de Abdon Batista no mês de março de 2015.

Foi realizada uma entrevista semi-estruturada, cujo principal objetivo era observar o que os profissionais compreendiam sobre o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, a sua importância, os principais benefícios ao paciente de se trabalhar dessa forma e as principais dificuldades encontradas para que uma equipe consiga realizar um trabalho interdisciplinar.

Os dados foram analisados através da técnica de análise de conteúdo de Bardin, através da qual as respostas obtidas passaram por três fases: **pré-análise**, na qual o material foi organizado, **descrição analítica** na qual o material foi submetido à análise aprofundada, classificando ou categorizando, na busca de sínteses coincidentes e divergentes e, **interpretação inferencial**, onde a reflexão possibilitou o estabelecimento de relações, revelando o conteúdo latente dos discursos.

A pesquisa passou por aprovação no Comitê de Ética da Universidade do Oeste de Santa Catarina UNOESC (Parecer 1.087.231) e foi autorizada pelo responsável da Unidade Básica de Saúde antes da coleta dos dados. Todos os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 19 profissionais da unidade básica de saúde sendo dois enfermeiros, um médico, um assistente social, um psicólogo, um dentista, um fisioterapeuta, sete agentes comunitários de saúde, três técnicos de enfermagem, dois farmacêuticos. Houve predomínio do sexo feminino (84% -16 participantes), média de idade 33,47 anos, tempo de formação variou de 1 a 30 anos sendo a media de formação 7,15 anos.

Os profissionais foram questionados sobre o entendimento acerca da multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade. Alguns profissionais em suas respostas diferenciaram os dois termos como é possível observar nas seguintes respostas:

P13- ambos são validos para a formação do individuo. A multiprofissionalidade consiste em um conjunto de disciplinas que não interagem entre sim já a interdisciplinaridade tem como objetivo a cooperação de varias disciplinas com uma troca maior de conhecimento.

P18- Multiprofissional é um trabalho realizados por uma equipe de profissionais de diversas áreas. Esta interligado com o trabalho interdisciplinar que busca discutir com o grupo de diversas áreas trocando informações e saberes.

Alguns profissionais da equipe não conseguem diferenciar a multidisciplinariedade da interdisciplinaridade como pode-se observar em algumas respostas a seguir.

P2- entendo como um trabalho em equipe onde cada profissional tem sua função colaborando para que as coisas a contensão com êxito.

P8- é um trabalho em conjunto com toda a equipe.

P11- é um trabalho em conjunto por todos os profissionais envolvidos com tomadas de decisões e ações em conjunto.

Esse fato também foi observado por Schneider et al (2009) que em sua pesquisa observou que os profissionais entrevistados consideravam a interdisciplinaridade como um conjunto de profissionais com formação diversificada que busca orientar suas praticas em um mesmo sentido, mediante a interação e compartilhamento de conhecimento técnico-científico próprio de cada disciplina; e como um espaço de negociação, conflito e apoio entre os profissionais. Concluindo assim que a constituição da equipe por trabalhadores de diferentes profissões enriquece a prática do atendimento, favorece a inovação da assistência e possibilita o intercâmbio de experiências, saberes e fazeres.

Costa (2007) afirma que existe dificuldade em diferenciá-las e essa dificuldade em conceituar gera distorções na prática das atividades e levam a perceber que a ocorrência da interdisciplinaridade é algo muito difícil de conseguir.

Sobre a importância do trabalho em equipe todos os profissionais acham necessária a sua realização para o bom atendimento na atenção básica. Como é possível ver nas seguintes respostas:

P11- a atenção básica envolve todos os profissionais e necessita de sintonia multiprofissional para a realização das atividades envolvidas na atenção básica.

P13- o trabalho em equipe é muito importante pois muitas vezes idéias diferentes conseguem esclarecer pontos que não conseguiríamos resolver sozinhos. A troca de informações resolve uma boa parcela dos problemas.

P19-um trabalho em equipe tem como o objetivo contribuir para o bom atendimento a unidade.

Esse resultado também foi encontrado no trabalho de Costa (2007) onde todos os profissionais participantes da pesquisa acham o trabalho em equipe essencial para o bom atendimento de uma equipe de saúde.

O trabalho em equipe tem ocupado uma posição de destaque na proposta da Saúde Pública é um importante recurso de trabalho, na medida em que leva a um rompimento da dinâmica dos serviços centrados na figura do médico, configurando-se a possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva. A concepção integral do cuidado favorece a ação interdisciplinar nas práticas, onde a valorização dos diversos profissionais contribui para uma abordagem ampla e resolutiva do cuidado. A importância do diálogo na busca do consenso constitui elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe. Isso aponta à possibilidade do desenvolvimento de uma prática comunicativa e favorecendo assim o trabalho em equipe (ARAÚJO, ROCHA, 2007; DAVID, TORRES, 2013).

Quanto à vivência da multiprofissionalidade, encontra-se certa dificuldade em realizar esse trabalho como é possível observar nas respostas a seguir:

P1- de maneira quase que isolada cada profissional realiza o seu trabalho no ambiente próprio.

P7- em alguns casos a equipe trabalha unida, mas na maioria dos casos existe falta de comunicação entre alguns profissionais.

P11- acredito que ainda faltem mais reuniões para serem discutidas as ações entre os profissionais.

P16- existe pouco trabalho multiprofissional devido à sobrecarga de trabalho.

E quando é vivenciado esse tipo de trabalho parte muito da iniciativa de cada um em estar de se relacionando levando casos para discutir com os outros profissionais.

P18 – vivencio a multiprofissionalidade a partir de uma iniciativa minha no atendimento da demanda que necessitam além do trabalho social também o trabalho em conjunto de profissionais das outras áreas.

A principal dificuldade apontada pelos profissionais na realização deste trabalho é falta de comunicação entre os profissionais (80%), seguido da sobrecarga de trabalho (15%) e formação profissional (5%). A falta de comunicação entre os profissionais também foi apontado por Medeiros et al (2011) como o principal entrave para o exercício da multiprofissionalidade.

Os problemas de relacionamento nas equipes de saúde não são inesperados, no entanto se faz necessário refletir acerca de estratégias mediadoras dessas questões internas de cunho relacional que estão se constituindo em intercorrências na qualidade de assistência à saúde prestada por esses trabalhadores. A comunicação entre os membros da equipe é essencial na execução do trabalho multiprofissional, pois é através dessa matriz que poderá buscar um trabalho democrático, participativo e de respeito às diferenças.

O modelo multiprofissional tradicional constitui um grande desafio a ser superado, pois focaliza o indivíduo e sua compartimentalização. As várias categorias profissionais trabalham paralelamente, de forma isolada, havendo pouca ou até mesmo nenhuma discussão entre as mesmas, o que gera uma atenção fragmentada (LEITE, VELOSO, 2008).

Os subsídios que a formação profissional dá para a realização do trabalho multiprofissional e interdisciplinar também foi questionada nessa pesquisa; três profissionais disseram que não tiveram subsídio em sua formação com relação a multiprofissionalidade e o trabalho que desempenham hoje é através da vivência e da necessidade de sua profissão. Entre os profissionais que tiveram isso em sua formação pode-se observar uma discreta contribuição.

P13 - deu suporte, mas não o necessário, pois a multidisciplinariedade é adquirida na prática do trabalho, na universidade se tem mais uma referência teórica.

P5 - teve de forma muito discreta.

P16 - através de estágio fora da universidade.

P17 - durante a formação acadêmica não tive contato com outros profissionais exceto no estágio; porém sempre fui orientada a trabalhar em equipe e planejar em equipe as atividades.

A formação na área de saúde tem um grande desafio a ser vencido que é a incorporação da concepção ampliada sobre a integralidade do indivíduo a ser tratado e a necessidade de se trabalhar em equipes multiprofissionais que se pautem na interdisciplinaridade e na complementação entre as diversas áreas a fim de alcançar a excelência no cuidar e vivenciar a interdisciplinaridade é um desafio. Para tal, é necessária uma grande interação entre todas as disciplinas e áreas dos saberes.

Para Oliveira et al (2011), a saúde é uma área essencialmente interdisciplinar, já que é referente ao ser humano e às suas multifaces. Portanto, é imprescindível que as instituições que formam os profissionais estejam preparadas para explorar o contexto da integração interdisciplinar, tornando tais profissionais mais capacitados para atuar nesse novo cenário da saúde. Entende-se que, apesar de não se aprender e não existir uma fórmula para vincular a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe e o trabalho multiprofissional no ambiente acadêmico, é necessário que cada protagonista dessa ação demonstre o desejo de que ocorra tal integração e comunhão entre os diversos saberes, a fim de reinventar conceitos, quebrar paradigmas e concluir que a atenção à saúde é mais que um ato, é uma atitude que deve partir de cada profissional, desde a sua formação.

Devido à dificuldade na realização do trabalho interdisciplinar foi questionado o que poderia ser feito para facilitar o desenvolvimento desse trabalho e as seguintes respostas vem como algumas sugestões.

P9 – seja realizada reuniões periódicas com todos os profissionais para a discussão dos problemas.

P13 - reuniões de equipe, elaboração de um plano estratégico e busca de grupo de apoio para esclarecimento das reais situações- problema da população.

P15 - melhora no dialogo entre os profissionais e a valorização do trabalho em equipe e fortalecimento de vínculos.

P18 - formação de grupos de trabalho interdisciplinar na unidade básica de saúde; possibilitar aos profissionais carga horária compatível com as necessidades da atenção básica.

Para Noronha e Lima (2011), a construção, o fortalecimento e a interação do trabalho em equipes podem ser oportunizados durante as reuniões de equipe realizadas, seja nas reuniões de grande grupo, seja naquelas por micro área, por se constituírem espaço concreto para interação e troca de conhecimentos. Essas oportunidades podem ser proporcionadas pelos gestores, através de uma atuação diferenciada de supervisão possibilitando que profissionais sejam capazes de interagir de forma permanente, construindo e reconstruindo dialeticamente novos conhecimentos, atenta as

peculiaridades locais em que trabalham.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente trabalho pode-se concluir que os profissionais participantes da pesquisa têm certa dificuldade na diferenciação do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, mas que a formação de uma equipe por trabalhadores de diferentes profissões enriquece a prática do atendimento. Todos acreditam ser de suma importância esse trabalho integrado entre os profissionais da equipe para o bom atendimento na atenção básica.

Quanto à vivência da multiprofissionalidade, encontra-se muitas dificuldades para a sua realização, pois necessita de mudanças essenciais para o seu bom desenvolvimento que não dependem apenas da formação, mas também do perfil do profissional e da equipe de trabalho. A falta de comunicação é a principal dificuldade apontada pelos profissionais para que ocorra o trabalho interdisciplinar, e essa comunicação é essencial na execução desse trabalho e é um grande desafio a ser superado para que não ocorra uma atenção fragmentada.

A melhora no atendimento e na realização do trabalho interdisciplinar é necessário que ocorra uma boa comunicação entre os profissionais da equipe e como sugestão para o desenvolvimento desse trabalho os participantes dessa pesquisa sugeriram a realização de reuniões de equipe possibilitando assim uma interação entre os profissionais para que sejam capazes de interagir de forma permanente, construindo novos conhecimentos atento as reais necessidades da população.

A formação profissional é outro ponto importante a ser citado quando se fala em trabalho interdisciplinar, pois os participantes dessa pesquisa apontam a interdisciplinaridade como algo muito vago em que aprende na formação e que na área da saúde é imprescindível que ocorra essa interação entre as diversas áreas do saber já que é referente ao ser humano.

Com isso pode se perceber que o trabalho multiprofissional e interdisciplinar ainda é um grande desafio a ser batido na atenção básica, mas que sem dúvidas a realização desse trabalho traz muitos benefícios tanto para a população quanto para a equipe de trabalho.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Marize Barros S; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, nº 2, p. 455-464, 2007.

COSTA, Rosemary Pereira. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções.

Mental, v. 5, nº 8, p. 107-124, 2007.

DAVID, Gisele Ferreira; TORRES, Heloisa de Carvalho. Percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho interdisciplinar nas estratégias educativas em diabetes. **Revista Rene**, v. 14, nº 6, p. 1185-92, 2013.

LEITE, Rosana Farias Batista; VELOSO, Thelma Maria Grisi. Trabalho em Equipe: Representações Sociais de Profissionais do PSF. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 28, nº 2, p. 374-389, 2008.

LOCH-NECKEL, Gecione *et al.* Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. ,p. 11463-1472, 2009.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise E.P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 18, nº 2, p. 338-46, 2009.

MEDEIROS, Cristina da Silva *et al.* Processo de (Des)Construção da Multiprofissionalidade na Atenção Básica: Limites e Desafios a Efetivação do Trabalho em Equipe na Estratégia Saúde da Família Em João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, nº 3, p. 319-328, 2011.

MEIRELLES, Betina H.S. **Viver saudável em tempos de AIDS: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV**. 2003. [Tese] - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis (SC) - 2003.

NORONHA, Maria Glícia Rocha da Costa e Silva; LIMA FILHO, S.Domingos Leite. O agir em Saúde da Família: as condições existentes e necessárias para a interação e a troca de conhecimentos na prática profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, nº 3, p. 1745-1754, 2011.

OLIVEIRA, Elizabete R.A. *et al.* Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 13, nº 4, p. 28-34, 2011.

SCHNEIDER Jacó Fernando *et al.* Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 30, nº 3, p. 397-405, 2009.

O GENOGRAMA E O ECOMAPA COMO INSTRUMENTOS PARA COMPREENDER A REDE FAMILIAR DE UMA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL: UM ESTUDO DE CASO

Genogram and ecomap as tools for understanding the family network of a person with mental disorder: a case study

Rayline Roseno Machado¹
Elton Brás Camargo Júnior²
Jadson Justi³

Recebido em: 26 ago. 2015
Aceito em: 10 nov. 2015

RESUMO: A Atenção Básica é uma das portas de entrada para que a demanda da Saúde Mental tenha acesso aos serviços de saúde. Por isso se faz necessária a utilização de instrumentos que permitam conhecer aspectos relevantes que envolvam a pessoa portadora de transtorno mental, tais como as relações com o meio e os vínculos familiares, pois sabe-se que a família participa ativamente como unidade mantenedora do quadro de saúde psíquica do ente. Nesse processo surge o genograma, uma estrutura que representa graficamente a árvore genealógica familiar, e o ecomapa, instrumento utilizado para verificar os tipos de vínculos estabelecidos com a rede familiar e social. O objetivo deste estudo foi compreender a rede familiar de uma pessoa com transtorno mental acompanhada pela equipe da Estratégia Saúde da Família. Metodologicamente esta pesquisa é caracterizada como um estudo de caso, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada por intermédio de entrevista, seguindo roteiro semiestruturado. Pela análise funcional do genograma, é possível identificar a existência de vários fatores que podem ter sido determinantes para o desencadeamento da depressão e da dependência química, gerando um comprometimento das relações estabelecidas, então observadas por intermédio do ecomapa. O transtorno depressivo é um estado patológico que preocupa à saúde pública. Capacitar profissionais quanto ao uso de instrumentos capazes de compactar a grande quantidade de informações obtidas pode facilitar a compreensão do meio em que o indivíduo vive, identificando as falhas e traçando planos de tratamento às pessoas com sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Ecomapa. Genograma. Transtorno mental.

ABSTRACT: Primary health care is one of the gateways for people with mental health disorders to gain access to health care services. Therefore, there is need to

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade de Rio Verde (UniRV). Pesquisadora da área de Enfermagem. E-mail: saylind@hotmail.com.

² Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (USP). Professor adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Rio Verde (UniRV). E-mail: eltonbrasjr@gmail.com.

³ Mestre em Psicologia (Psicologia da Saúde) pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Professor adjunto da Faculdade de Educação da Universidade de Rio Verde (UniRV). E-mail: jadsonjusti@hotmail.com.

use tools to investigate the relevant aspects involving a person with mental illness. Such aspects include the patients' relations with the environment and their family ties, because the family plays an active role in the mental health of individuals. In this process, a genogram consists of a graphic display showing person's family relationships and medical history, and an ecomap consists of a tool used to investigate the types of bonds established with the family and social network. The objective of the present study was to understand the family network of a person with mental disorder being treated by the Family Health Strategy team. This is a case study with a qualitative approach. Data were collected through interviews according to a semi-structured questionnaire. Based on a functional analysis of a genogram, it is possible to identify several determinants that may trigger depression and chemical dependency, thus having a harmful effect on the relationships observed by means of an ecomap. Depression is a reason for concern in terms of public health. Health professionals should be trained in the use of tools encompassing a large amount of information in order to facilitate their understanding of the environment where individuals live. Therefore, these professionals would be able to recognize problems and design treatment plans for people with psychological distress.

Keywords: Ecomap. Genogram. Mental disorder.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica é uma das portas de entrada para que a população tenha acesso aos serviços de saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) dinamiza esse atendimento por intermédio de uma equipe multiprofissional, organizada em equipes que fazem um acompanhamento das famílias das áreas de abrangência, utilizando instrumentos que facilitam o entendimento de aspectos relevantes que envolvem a pessoa com transtorno mental, como suas relações e vínculos com a família, com a comunidade e com a equipe de saúde.

Para facilitar e aperfeiçoar o atendimento, utilizam-se nesse processo o genograma e o ecomapa, instrumentos desenvolvidos pelas enfermeiras canadenses Lorraine M. Wright e Maureen Leahey por intermédio do Modelo Calgary de Avaliação da Família, que consiste num mapeamento da estrutura familiar, fornecendo informações importantes, que possibilitam a realização de um estudo dos vínculos estabelecidos entre o indivíduo, sua família e o meio em que vive e/ou no qual foi inserido; esses dados podem embasar futuras intervenções na atenção em saúde mental.

Destaca-se assim a relevância desses instrumentos, uma vez que a família participa ativamente como unidade mantenedora do quadro de melhora ou de piora do estado de saúde psíquica do ente. Outro aspecto importante é a necessidade de se conhecer cientificamente a evolução dos cuidados em Saúde Mental, desenvolvidos pela equipe da ESF por intermédio de vínculos estabelecidos com o portador de transtorno mental, com seu contexto familiar e vivências.

A utilização desses instrumentos permite a compreensão da rede familiar de pacientes com transtornos mentais acompanhados pela equipe da ESF. Acredita-se que

esses instrumentos aprimoram o trabalho dessa equipe, pois permitem a descrição, a compreensão e o acompanhamento da rede familiar de pacientes com transtorno mental.

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

O princípio da Reforma Psiquiátrica é a desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais em sistemas manicomiais e pressupõe a manutenção da pessoa com transtorno mental em seu território, ou seja, no seu cotidiano, possibilitando assim a preservação dos vínculos com seus familiares e suas redes sociais. Dentro da contextualização do Sistema Único de Saúde, é possível notar que a reorganização da Atenção Básica através da ESF é fundamental para o atendimento das pessoas com transtornos mentais e dos seus familiares, promovendo a inclusão social por meio de ações na comunidade (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

A inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica tem propiciado a expansão do campo da atenção psicossocial, sendo o Centro de Atenção Psicossocial, considerado um dispositivo estratégico, responsável pela supervisão e capacitação dos profissionais da Atenção Básica e dos programas de Saúde Mental, tendo como objetivo promover a socialização e garantir qualidade de vida aos sujeitos (SOUZA; RIVERA, 2010).

Para realização dos trabalhos propostos pela ESF, é indispensável a utilização de mecanismos que promovam integração dos profissionais com esses usuários; surge nesse processo o apoio matricial a fim de articular a rede de serviços de atenção à saúde interligando sua equipe de Saúde Mental com a equipe do ESF (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012).

GENOGRAMA E ECOMAPA: FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA

FAMILIAR

Existem algumas teorias quanto às origens dos transtornos mentais, as quais são de ordem biológica, hereditária e/ou fatores ambientais, principalmente nos dias atuais, em que as rotinas estressantes levam a sociedade, como um todo, estar vulneravelmente exposta a uma desinstabilidade emocional e psíquica, aumentando a susceptibilidade de desenvolver um transtorno mental. Assim, surge a necessidade de se desenvolver instrumentos que possam auxiliar no conhecimento sobre o portador de transtorno mental e sua rede familiar (CORREIA; MARTINS, 2009).

Um dos modelos mais utilizados na Saúde Mental para avaliação da rede familiar é o Modelo Calgary de Avaliação da Família, uma estrutura multidimensional, integrada, com fundamentações teóricas de sistemas. Ele é constituído por três categorias: a) avaliação estrutural, quando devem ser fornecidas informações quanto à composição

familiar, gênero e orientação sexual, ordem de nascimentos, religião; b) de desenvolvimento, constatado pela trajetória, pelo ciclo vital da família e pelos vínculos afetivos estabelecidos entre si; c) e o funcional, que compreende dois aspectos, o instrumental, relativo às rotinas diárias, e o expressivo, que busca conhecer como os indivíduos se comunicam uns com os outros. A avaliação estrutural é realizada por intermédio da construção de dois instrumentos: o genograma e ecomapa (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

O genograma consiste numa técnica que tem por objetivo representar graficamente o desenho familiar. Por meio desse instrumento, obtém-se uma visão geral da estrutura da família, relações e laços afetivos positivos ou negativos, padrões comportamentais hereditários, proporcionando identificar, de forma clara e objetiva, os aspectos biológicos, sociais, emocionais e culturais do indivíduo. O ecomapa representa os relacionamentos dos membros da família com os outros sistemas, sendo o impacto visual sua percepção primária, focalizado no presente mostrando o funcionamento familiar, contextualizando assim o ambiente em que a família vive (CORREIA; MARTINS, 2009; WRIGHT; LEAHEY, 2012).

A família é o mais consistente apoio social do sujeito, já que existe uma explícita interdependência entre os elementos familiares. Essas relações são geralmente recíprocas, seguindo um mesmo padrão repetitivo, por isso esse instrumento de coleta e registro de dados, a fim de integrar a história biomédica e psicossocial do sujeito, se faz tão importante para conhecimento da rede familiar (REBELO, 2007).

Para realização de projetos eficazes de atenção integral, é necessário que o profissional de saúde tenha capacidade de escutar e de se sensibilizar com o sujeito em sofrimento psíquico, responsabilizando-se pela vida do usuário. Dessa forma, se molda o estabelecimento de vínculos. Para que essa responsabilização ocorra, deve haver uma articulação com a rede de saúde, a fim de promover mudanças no sistema para garantir qualidade de vida dessas pessoas, conseguindo assim garantir um cuidado integral à saúde da população (SOUZA; RIVERA, 2010).

A condição humana é comum a todos, portanto faz-se necessário o respeito ao ideal em comum por uma vida melhor, e o apoio a toda dedicação para o alcance do completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas pela ausência de doença. Por intermédio dos cuidados integralizados, pode-se diminuir consideravelmente a carga global dos transtornos mentais, proporcionando uma qualidade de vida a milhares de pacientes e as suas famílias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA, 2008).

Diante dessa conjuntura, o objetivo geral deste estudo foi compreender a rede familiar de uma pessoa com transtorno mental, acompanhada pela equipe da ESF, com o apoio metodológico do genograma e ecomapa. Tiveram-se também como objetivos (específicos): a) conhecer a relação entre o participante e sua família e do participante com a equipe da ESF e outros dispositivos sociais; b) demonstrar o uso do genograma e do ecomapa como instrumentos de acompanhamento e intervenção junto a pessoas com

transtorno mental cuidadas na Atenção Básica.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado em uma ESF, do município de Rio Verde, Estado de Goiás. Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, com a construção sistemática de genograma e ecomapa no que tange a aspectos direcionados à saúde humana. De acordo com Gil (1999), o estudo de caso é caracterizado como um estudo que investiga fenômenos atuais dentro de seu contexto real. Já a abordagem qualitativa, de acordo com Denzin e Lincoln (2006), se refere à pesquisa que envolve uma abordagem natural e busca entender situações da realidade. A coleta de dados foi realizada por intermédio de entrevista, seguindo roteiro semiestruturado construído pelos pesquisadores.

Em relação ao roteiro de entrevista, Minayo (2014) refere que este deve facilitar a abertura, ampliar e aprofundar a comunicação. No entanto, para a coleta deste estudo, foram seguidos os seguintes itens: a) em relação à identificação sociodemográfica: data de nascimento; estado civil; nível de escolaridade; início da vida sexual; número de gestações; número de partos; número de abortos; número de irmãos; sexo dos irmãos; idade dos irmãos; outros familiares com transtorno mental; com quem reside; b) em relação aos pais: idade atual; histórico de doenças; tipo de vínculos entre os pais na atualidade; tipo de vínculos entre os pais com o paciente e com os irmãos; c) em relação às informações sobre os avós paternos e maternos: ano de nascimento e/ou morte; presença de doenças; número de filhos; tipo de relacionamento entre o casal e com os filhos/netos na atualidade; d) em relação às informações sobre os irmãos: número de irmãos; ordem de nascimento; tipo de relacionamento amoroso dos irmãos; como estão esses relacionamentos; como é o relacionamento entre os irmãos e com o participante; e) em relação às informações sobre relacionamentos amorosos do participante: número de relacionamentos; se gerou filhos (quantidade, ano de nascimento e sexo de todos); tipo de vínculos com os filhos e entre os filhos; f) em relação ao relacionamento: com a equipe da unidade de saúde; profissional com que se identifica mais e menos; com a igreja; com a comunidade; outro que queira destacar; g) em relação à identificação de risco: se sofreu algum tipo de violência doméstica; estresse familiar (doenças graves, morte, entre outros); se já houve tentativas de suicídio; se já houve internação em hospital psiquiátrico (data da última internação); h) em relação à atualidade/situação: se depressivo; se ansioso; se agressivo; se confuso; outros; i) em relação a dados complementares: descrição da rotina diária; fatores ou aspectos que julga facilitar a rotina; o que julga atrapalhar a rotina; como gostaria que fosse a rotina de vida.

Para este estudo, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: paciente com diagnóstico de transtorno mental em acompanhamento na ESF referenciada, independente do sexo, acima de 18 anos e com condição cognitivo-verbal para responder aos questionamentos da pesquisa. O recrutamento do participante se deu por intermédio da seleção aleatória entre os pacientes com transtorno mental atendidos pela ESF.

A coleta de dados ocorreu na metade do segundo trimestre de 2015, em sala reservada na ESF.

A entrevista foi registrada com gravador sonoro, em três encontros. No primeiro encontro, foi realizado o convite à paciente e seu esposo para participarem deste estudo; no segundo encontro, foram coletadas as assinaturas por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com o início da coleta de dados por intermédio de entrevista semiestruturada; e no terceiro encontro, ocorreu a apresentação do mapa da estrutura familiar e dos vínculos estabelecidos entre a participante e a sociedade na forma de genograma e ecomapa, para os participantes da pesquisa. Para a montagem do genograma, a entrevista teve a presença tanto da participante como de seu cônjuge. Já para a construção do ecomapa, os pesquisadores realizaram a entrevista unicamente com a participante, em virtude de que esse instrumento avalia questões relacionais entre o sujeito da pesquisa com outros participantes da vida pregressa e atual; sendo assim, a presença do esposo poderia inferir em respostas não fidedignas.

A simbologia utilizada para a elaboração do ecomapa e do genograma foi a proposta por Wright e Leahey (2012).

Os dados coletados na entrevista foram transcritos de forma completa no programa Microsoft Word 2010. A partir de então, o genograma e ecomapa foram construídos com base nos dados coletado respeitando a fidedignidade de todas as informações apresentadas. Após a construção do genograma e ecomapa, os dados desses instrumentos foram descritos em forma discursiva a fim de análise por intermédio de teorização pertinente.

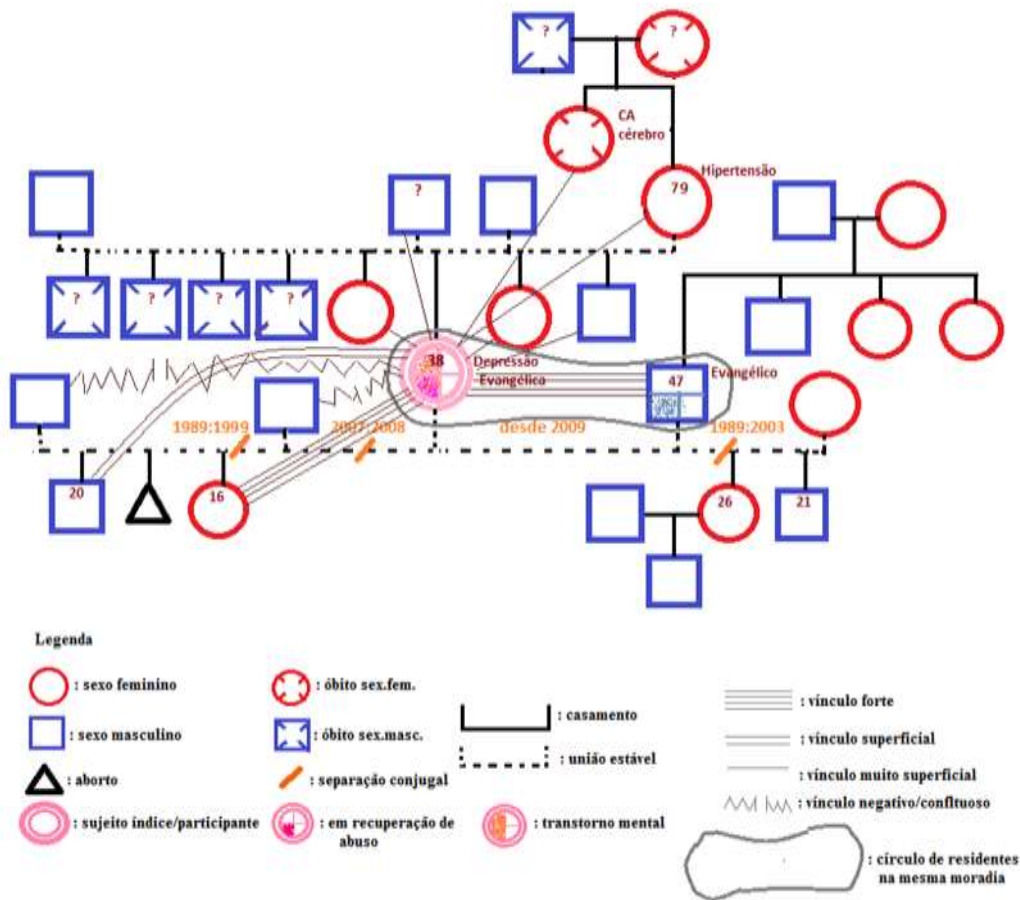
Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Rio Verde sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n. 39628914.1.0000.5077.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participante do sexo feminino, 38 anos, amasiada, cor branca, tem um filho e uma filha com idades de 20 e 16 anos respectivamente; ensino fundamental incompleto, do lar, evangélica, mora em casa própria, faz uso de ansiolíticos, está em tratamento com interrupções por abandono em virtude de transtorno depressivo há mais de uma década e há 2 anos está em tratamento contra o uso abusivo de álcool.

A história de vida e familiar da participante foi descrita após a apresentação gráfica do genograma (Figura 1).

Figura 1 - Genograma familiar da participante



Fonte: autores desta pesquisa, 2015.

Ao realizar a leitura gráfica do genograma estrutural, encontram-se quatro gerações familiares. Os avós maternos da participante correspondem à 1ª geração familiar e estão representados na 1ª linha do genograma; a genitora da participante e uma tia, que faleceu há dois anos por câncer cerebral, correspondem à 2ª geração familiar, sendo representadas na 2ª linha do genograma. A participante é fruto de um encontro casual, ela é a sexta filha de uma prole de oito irmãos concebidos em outros dois relacionamentos de sua genitora, correspondentes à 3ª geração familiar representados, na 3ª linha do genograma. A 4ª geração é composta pelos descendentes da participante provenientes da sua primeira união.

Fazendo uma análise do aspecto funcional do genograma, podem-se observar, em ordem cronológica, vários fatores do histórico de vida e familiar que podem ter contribuído para o atual transtorno depressivo.

A participante tem 38 anos de idade, possui 8 irmãos; destes, 4 já vieram a óbito por causas desconhecidas. O genograma não fornece muitas informações sobre sua infância, mas através da percepção da entrevistada, há discursos a respeito da ausência da figura paterna, com a qual teve um único contato no fim do ano passado. Proveniente de uma classe socioeconômica menos favorecida, a participante relata ter se casado com

aproximadamente 12 anos de idade em busca de uma melhor condição social. Teve sua primeira gestação após 6 anos de união estável; a segunda gestação ocorreu 3 anos após o nascimento do primeiro filho e resultou num aborto espontâneo; passado um ano do episódio, teve a terceira gestação e, após o nascimento da filha, foi diagnosticada com depressão pós-parto.

Desde então, adquiriu o vício pelo álcool, que resultou no rompimento de seu relacionamento conjugal e na perda da guarda dos filhos quando ainda eram crianças, com idades de 6 e 2 anos. A participante relata que foi privada por parte do pai das crianças do convívio com os filhos, e sofreu discriminação e distanciamento por parte de seus próprios familiares, contribuindo para o agravamento do transtorno depressivo e da dependência alcoólica e ainda relata que, por conta disso, passou a ter uma vida promíscua. Segundo relato, em uma das noites conheceu seu 2º companheiro, que também era etilista. O relacionamento durou apenas um ano, pois ela era vítima de agressões psicológicas e físicas. Há 6 anos vive com o terceiro companheiro, que pelo fato de também ter sido etilista, incentivou a iniciarem o tratamento contra o uso abusivo do álcool, e o retorno dela ao tratamento contra a depressão.

É possível notar que em sua trajetória de vida, existiram vários fatores que podem ter sido determinantes para o desencadeamento dos dois transtornos mentais diagnosticados. A depressão foi o primeiro transtorno diagnosticado e desenvolveu-se durante o puerpério.

A literatura evidencia que o período gravídico-puerperal é marcado por várias mudanças, hormonais e psíquicas, sendo caracterizadas pela fase em que ocorre a maior prevalência de transtornos mentais no sexo feminino, e o transtorno de humor é o que apresenta maior carga global de doença. Além disso, aproximadamente 30% das mulheres que apresentam um quadro depressivo durante o puerpério continuam a apresentar os sintomas fora desse período (KONRADT et al., 2011). Os fatores de risco que desencadeiam a depressão pós-parto, em geral, se assemelham, gerando uma sensação de perda significativa, estresse, conflitos conjugais, baixo apoio social, dificuldades financeiras (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010).

No caso do presente estudo, a participante foi diagnosticada com depressão pós-parto, por ter apresentado a sintomatologia após o nascimento da filha e continuou a apresentar cronicamente a sintomatologia da depressão, que pode ser entendida como um sofrimento mental caracterizado pela ocorrência de eventos negativos em uma das esferas que compõem a identidade do ser, relacionadas à subjetividade de vivências, memórias, perspectivas de futuro, bem como suas relações familiares, profissionais e sociais como um todo (BRASIL, 2013).

Segundo relato da participante, ela cursou até o 5º ano do Ensino Fundamental. Vale ressaltar que a baixa escolaridade é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da depressão, pois a comunicação é essencial para a socialização do indivíduo, considerando-se que pessoas com nível maior de escolaridade comunicam-se melhor, podendo auxiliar no diagnóstico e tratamento da doença (SANTOS; KASSOUF,

2007).

É importante enfatizar que a participante apresentou um episódio de aborto antes do nascimento da segunda filha, podendo, também, constituir como um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento da depressão. Em um estudo comparativo realizado em duas capitais brasileiras, foi possível verificar maior prevalência de diagnósticos de depressão em mulheres que vivenciaram um aborto. O abortamento espontâneo ou provocado interrompe o ciclo biológico natural esperado socialmente, gerando, mesmo que momentaneamente um sentimento de vazio e culpa (NOMURA et al., 2011). Em outro estudo, foram relacionados como fatores de risco desencadeantes para depressão em mulheres após aborto, a precariedade das condições socioeconômicas, uso de álcool e drogas, falta de apoio familiar, promiscuidade e violência doméstica (MARIUTTI; FUREGATO, 2010).

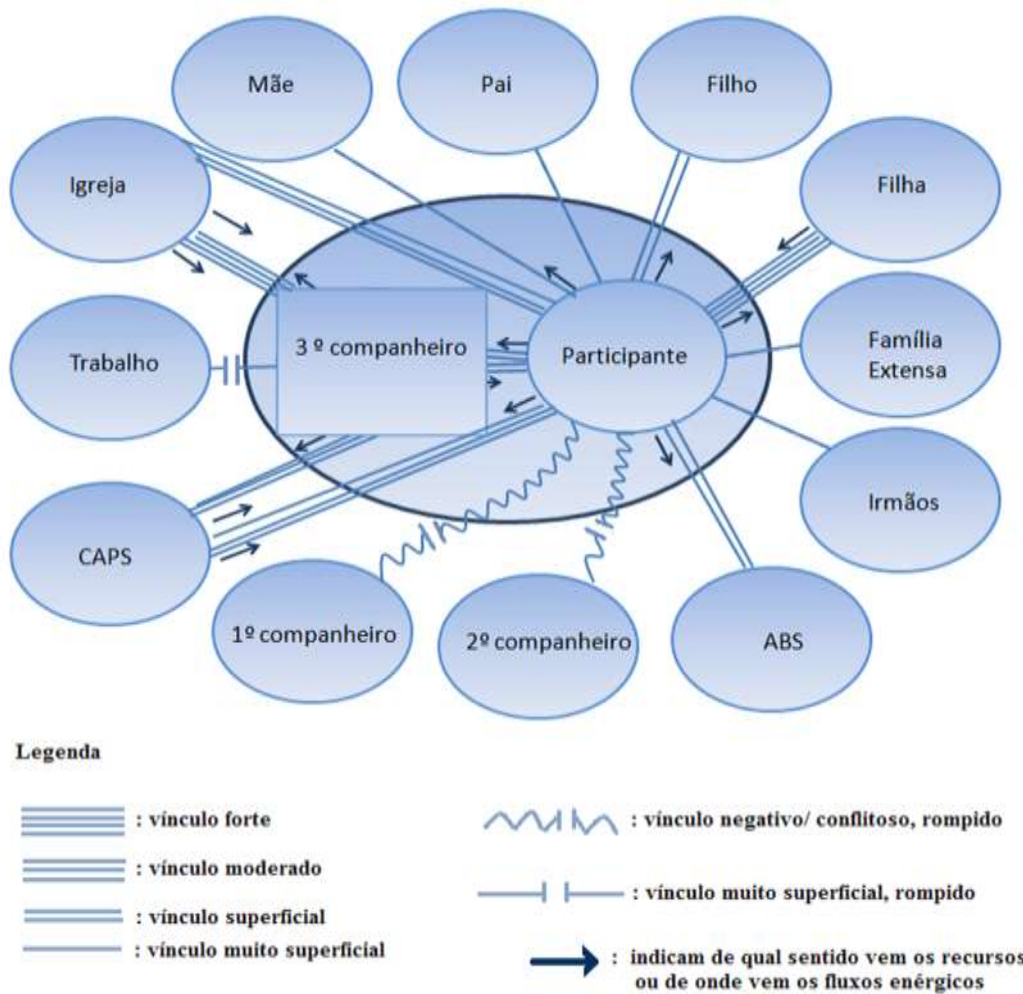
Após o nascimento da segunda filha e do diagnóstico da depressão, a participante iniciou o consumo abusivo de álcool, como caracterizado na passagem da entrevista “Tive depressão pós-parto [...]. Começou aparecer uns pensamentos de querer me matar na minha cabeça [...]. Eu só tinha vontade de beber [suspiro]. Eu acordava e já tinha que sair pra beber e bebia pra dormir [...]”. A falta de apoio conjugal e familiar e o desconhecimento do problema da depressão pós-parto influenciam negativamente no manejo do tratamento do transtorno (SILVA, F. et al., 2010).

Indivíduos deprimidos tendem a consumir álcool de maneira abusiva para lidar com as situações e emoções vivenciadas, sendo a ocorrência de eventos negativos na vida e pouco apoio familiar contribuintes para o desenvolvimento dessa situação. O indivíduo encontra no uso de substâncias psicoativas uma alternativa para lidar com o estresse ocasionado pelo ambiente familiar (SOUZA; KANTORSKI, 2009).

Também pôde ser observado o comportamento suicida relatado pela paciente quando afirmou ter tentado se matar por duas vezes, uma por corte nos pulsos e outra por ingestão de veneno. Segundo Ruschi et al. (2007), o comportamento suicida é comumente presente em pessoas com depressão. Os sintomas da depressão podem estar associados à etiologia das ideações suicidas e tentativas de suicídio (CHACHAMOVICH et al., 2009).

As relações estabelecidas entre a participante e o meio em que vive constituem a rede familiar e social, que é a estrutura de onde surge o apoio ao indivíduo, representadas através do ecomapa a seguir (Figura 2). A partir da consistência dos laços, podem-se identificar as falhas e traçar planos de tratamento para as pessoas em sofrimento psíquico.

Figura 2 - Ecomapa representativo dos vínculos da participante



Fonte: autores desta pesquisa, 2015.

A maioria das relações estabelecidas está comprometida, como se pode observar pelas linhas em única ligação, em que é possível verificar que os vínculos entre a participante, a mãe, o pai, os irmãos e a família extensa estão muito superficiais. O relacionamento com o pai se justifica pela ausência dele em toda a trajetória de vida da participante, podendo ter sido um dos fatores que contribuíram para a depressão na vida adulta, sendo essa situação relacionada à exposição a fatores de estresse na infância, como privações maternas e paternas, separações, ente outros (ZAVASCHI et al., 2002). A participante atribui o afastamento da mãe e dos irmãos, ao estado emocional em que se encontra, por acreditar que eles e os demais familiares não estão preparados para lidar com ela, em relação à mãe, isso é um fato que a entristece muito.

Porém, conforme encontrado na literatura, um dos principais fatores que contribuem para o afastamento familiar é o consumo de substâncias psicoativas. Conforme Dias e Vieira (2012), o próprio consumo da substância relaciona-se ao estreitamento dos laços sociais, provocando no indivíduo um retraimento social. Segundo dados do DSM-5, na intoxicação com substâncias psicoativas, incluindo a alcóolica, entre as alterações psicológicas ou comportamentais ocorridas com maior prevalência, está a

perturbação dos relacionamentos sociais e familiares e as dificuldades ocupacionais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

As relações com os dois primeiros companheiros foram conflituosas, portanto são negativas, e hoje estão rompidas, sendo representadas por linhas em ziguezague com traços fazendo um corte na ligação. Conforme relato, o consumo abusivo de álcool teve forte influência para tais acontecimentos. É importante frisar que o menor tempo de duração dos relacionamentos pode ser fator determinante para o esgotamento mental e causador de desestabilidade materna tornando mais susceptível à depressão (RUSCHI et al., 2007).

A relação com os filhos não se encontra equivalente, pois com a filha mantém vínculo forte, já com o filho o relacionamento é tido como superficial, representado respectivamente por quádrupla e dupla ligação. Segundo Souza, Jeronymo e Carvalho (2005), filhos de pais alcoolistas em geral apresentam algumas dessas características, como retraimento social, timidez, dificuldades de relacionamentos. Além disso, a privação do vínculo mãe-filho é decisiva para a saúde mental das mães (JORGE; SOUSA; FRANCO, 2013).

O atual companheiro aparece como grande incentivador para o retorno da participante ao tratamento contra a depressão e motivador contra o uso abusivo do álcool de ambos, logo o vínculo entre eles é forte podendo ser visto pela quádrupla ligação. Em trechos da entrevista, foi observado que a participante encontra-se extremamente dependente do companheiro, a quem, em alguns momentos, pedia auxílio para responder a questões reportadas a ela e por relatar que precisa do cônjuge para as rotinas diárias, como, por exemplo, ir ao supermercado entre outras atividades.

Vale ressaltar que isso pode conferir sofrimento por não conseguirem participar de trabalhos ou atividades de lazer, acabam se tornando dependentes de outras pessoas, não conseguindo desempenhar suas responsabilidades dentro da família (SANTOS; KASSOUF, 2007).

A Atenção Básica à Saúde e Centro de Atenção Psicossocial aparecem como dispositivos para a participante no que se refere ao tratamento dos transtornos. Ela mantém uma relação mais curativa com a Atenção Básica à Saúde, pelo fato da falta de total cobertura da região em que mora, justificado no ecomapa pela dupla ligação. Em janeiro de 2014, o Brasil tinha 5.352 municípios com equipes de ESF, correspondentes a 57% de cobertura nacional (BRASIL, 2014). E o município no qual a paciente reside encontra-se abaixo dessa média com a cobertura de apenas 16%. Mas, foi por intermédio da Atenção Básica à Saúde que ela foi referenciada ao CAPS, onde recebe suporte do médico psiquiatra, do terapeuta ocupacional e dos psicólogos, participando de grupos terapêuticos e consultas individuais, ações que geram impacto positivo no processo saúde-doença da participante, capaz de promover gradativamente o resgate da identidade e independência pessoal, mantendo vínculo moderado, representado pela tripla ligação.

A participante, incentivada pelo companheiro, passou a frequentar igreja, onde encontrou uma alternativa para tratamento dos transtornos, e ali mantém um vínculo moderado representado pela tripla ligação. Relata sentir paz de espírito e ausência de pensamentos negativos durante os cultos. Um estudo transversal, realizado em Minas Gerais, apontou que mulheres praticantes de alguma religião apresentaram menores taxas de transtornos de humor e de ansiedade (SILVA, C. et al., 2010). Em seu artigo, Garcia et al. (2013) citam a importância da religiosidade e espiritualidade na melhoria da saúde do indivíduo, por produzirem sentimento de esperança e melhorarem a interação social do indivíduo.

A participante demonstra muita gratidão pela igreja em seu discurso, pois ultimamente a igreja também atua mantendo as necessidades básicas do casal, através de cestas básicas arrecadadas junto aos demais fiéis. A atual situação do casal se deve ao fato de o companheiro encontrar-se impossibilitado de exercer suas funções ocupacionais há quatro meses, desde que teve um grave acidente automobilístico, e a participante também se encontra impossibilitada pelo estado agudo da depressão. Em termos econômicos, a depressão impacta o indivíduo com a perda da produtividade e conseqüentemente a perda de emprego (SANTOS; KASSOUF, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Primeiramente é preciso expor as dificuldades encontradas para realização da coleta dos dados, uma vez que a participante encontrava-se no estado agudo da depressão e, por vezes, esteve impossibilitada de fornecer informações muito precisas e que requeriam maiores detalhes; mesmo assim o estudo buscou e utilizou apenas as informações fidedignas.

Por intermédio deste estudo foi possível notar que existem vários fatores que podem aumentar as cargas globais dos transtornos mentais, e a literatura evidencia que o maior gerador de ônus à saúde pública é o transtorno depressivo. Portanto denota significativa relevância, e se faz necessária a utilização de instrumentos que facilitem a compreensão da rede social e familiar do indivíduo.

Assim, por meio do genograma e do ecomapa, é possível compactar a grande quantidade de informações obtidas na entrevista e/ou na anamnese durante a consulta, a fim de facilitar a compreensão do meio em que o indivíduo vive, possibilitando identificar as falhas e traçar planos de tratamento para as pessoas em sofrimento psíquico.

Vale ressaltar que a utilização desses instrumentos como aliados da ESF ainda é pouco conhecida, conseqüentemente, o uso é relativamente baixo, por isso, para que haja mudanças nessa realidade, é preciso que ocorram mais capacitações entre os profissionais da área a fim de propiciar um melhor acompanhamento dos portadores de transtorno mental e de suas famílias, contribuindo para a melhora da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico e transtornos mentais. 5º ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Histórico de cobertura de saúde da família**: Brasil, janeiro de 2014. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 2 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 34). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2015.

CHACHAMOVICH, Eduardo et al. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, p. S18-S25, 2009. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s1/a04v31s1.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

CORREIA, Elaine Carvalho; MARTINS, Gisele Texdorf. Genograma: um instrumento de saúde mental. **Revista das Faculdades Santa Cruz**, Curitiba, v. 7, nº 2, p. 16-29, 2009. Disponível em: <<http://www.santacruz.br/v3/revistaacademica/13/cap3.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2015.

CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na Atenção Básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, nº 6, p. 1.501-1.506, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a32.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2015.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: _____. (Org.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.

DIAS, Allana Fernanda Gonçalves; VIEIRA, Fabíola Carla. As alterações psíquicas e o laço social no etilismo: relato de um caso clínico de psicose confusional. **CliniCAPS**, Belo Horizonte, v. 6, nº 17, p. 1-32, 2012. Disponível em: <http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_17/Dias,%20A.%20&%20Vieira,%20F.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2015.

FONSECA, Vera Regina J. R. M.; SILVA, Gabriela Andrade da; OTTA, Emma. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, nº 4, p. 738-746, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/16.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2015.

GARCIA, Diego Librenza et al. Spirituality in psychiatric consultation: Health benefits and ethical aspects. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 35, nº 3, p. 335-336, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v35n3/1516-4446-rbp-2013-35-3-335.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

JORGE, Maria Salete Bessa; SOUSA, Fernando Sérgio Pereira; FRANCO, Túlio Batista. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, nº 5, p. 738-744, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/15.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

KONRADT, Caroline Elizabeth et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 33, nº 2, p. 76-79, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v33n2/1355.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2015.

MARIUTTI, Mariana Gondim; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Fatores protetores e de risco para depressão [sic] da mulher após o aborto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, nº 2, p. 183-189, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/03.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de. Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14^o ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NOMURA, Roseli Mieko Yamamoto et al. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais brasileiras. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, nº 6, p. 644-650, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n6/v57n6a10.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2015.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, nº 1, p. 43-50, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/2502.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários**: uma perspectiva global. Geneva: WHO Press, 2008. Coordenação da versão portuguesa: Prof. Doutor José Miguel Caldas de Almeida. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf?ua=1>. Acesso em: 14 ago. 2015.

REBELO, Luís. Genograma familiar: o bisturi do médico da família. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, Lisboa, v. 23, nº 3, p. 309-317, 2007.

RUSCHI, Gustavo Enrico Cabral et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, nº 3, p. 274-280, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n3/v29n3a06.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

SANTOS, Marcelo Justus dos; KASSOUF, Ana Lúcia. Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. **Economia Ampliada**, Ribeirão Preto, v. 11, nº 1, p. 5-26, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ecoa/v11n1/01.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

SILVA, Cristiane Schumann et al. Relação entre prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em gestantes. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 37, nº 4, p. 152-156, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n4/v37n4a02.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

SILVA, Francisca Cláudia Sousa da et al. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, nº 3, p. 411-416, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a16.pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2015.

SOUZA, Ândrea Cardoso; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 4, nº 1, p. 105-114, 2010. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Inclus%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, nº 2, p. 373-383, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a17v43n2.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2015.

SOUZA, Joseane de; JERONYMO, Daniela V. Zanoti; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. Maturidade emocional e avaliação comportamental de crianças filhas de alcoolistas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, nº 2, p. 191-199, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a05.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. São Paulo: Roca, 2012.

ZAVASCHI, Maria Lucrecia Scherer et al. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, nº 4, p. 189-195, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24n4/12728.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR DE CUIDADOS PALIATIVOS EM HOSPITAL GERAL

Implantation of a multidisciplinary palliative care protocol in general hospital

Andrea Hellen dos Santos¹
Fabiola Langaro²
Felipe Pfuetzenreiter³
Luiza Tatiana Forte⁴

Recebido em: 02 ago. 2015
Aceito em: 21 set. 2015

RESUMO: Introdução: A especialidade de Cuidados Paliativos contribui com a melhoria do processo de morrer, âmbito que, historicamente foi pouco focado pelas iniciativas de saúde. Atualmente, a prestação diferenciada de cuidados a pessoas em fase avançada de doença incurável com grande sofrimento tem merecido destaque e priorização nas políticas de saúde. **Objetivo:** O objetivo deste artigo é relatar a experiência de implantação de protocolo de Cuidados Paliativos em instituição suplementar privada de médio porte, localizada ao sul do Brasil, incluindo atuação em nível básico e alta complexidade. **Método:** Para a construção deste relato de experiência, foi realizada uma análise documental dos materiais produzidos ao longo do processo de implantação do programa entre os anos de 2009 e 2015, com a revisão e compilação das informações e dados registrados neste período. **Resultados e conclusões:** O serviço oferecido se consolidou em forma de equipe de consultoria, atuante nos diversos setores da instituição. Formou-se um núcleo de profissionais líderes na assistência, composto por uma psicóloga hospitalar, um médico intensivista, uma enfermeira e uma fisioterapeuta de UTI e uma enfermeira de semi-intensivo. Após, houve entrada de um médico paliativista na equipe. Para gestão dos resultados do programa, indicadores são constantemente gerenciados, entre eles custos, tempo de hospitalização, número de altas e óbitos e satisfação de clientes. Com os resultados alcançados, observa-se principalmente maior cuidado e apoio aos pacientes em final de vida e seus familiares, bem como suporte para as equipe assistenciais, apontando para uma importante mudança cultural na instituição. **Palavras-chave:** Cuidados Paliativos. Hospital Geral. Protocolos Clínicos.

¹ Psicóloga graduada pela UFPR, especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde pelas Faculdades Pequeno Príncipe. Foi responsável pelo Serviço de Psicologia Hospitalar e pelo Grupo de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar Unimed de Joinville (SC) durante a primeira fase de implantação, atualmente psicóloga no Hospital SOS Córdio de Florianópolis-SC. E-mail: andhellena@gmail.com.br. Endereço para correspondência: Rua Vitor Konder, n. 125, sala 102, B. Centro, Florianópolis, SC, Cep 88.015-400.

² Psicóloga, Doutoranda e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina, especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde pelas Faculdades Pequeno Príncipe, Docente das Faculdades Guilherme Guimbala/ACE, Psicóloga no Hospital SOS Córdio de Florianópolis-SC. E-mail: flangaro@hotmail.com.

³ Médico intensivista do Centro Hospitalar Unimed. E-mail: felipepf@yahoo.com.

⁴ Graduada em Psicologia pela PUC-PR, Especialista em Psicologia Hospitalar PUC-PR, Mestre em Educação PUC-PR, Diretora de Extensão, Coordenadora do Curso de Pós-graduação em Psicologia Hospitalar, Coordenadora do Curso de Psicologia e Docente da Faculdades Pequeno Príncipe. E-mail: tatianaforte@fpp.edu.br.

ABSTRACT: Introduction: The specialty of palliative care contributes to the improvement of the dying process, which historically has been less focus by health initiatives. Currently, differentiated care for people in advanced stages of incurable disease with great suffering has drawn attention and prioritization in health policies. **Objective:** The objective of this paper is to report the implementation experience of palliative care protocol in a private midsize institution, located at south of Brazil, including action at a basic level and high complexity. **Method:** For the construction of this experience report, it was made a documentary analysis of materials produced during the program implementation process between the years 2009 and 2015, with the review and compilation of information and data recorded in this period. **Results and conclusions:** The service offered was consolidated in the form of consultancy team working in the various sectors of the institution. Formed a core of professional leaders in care, composed of a hospital psychologist, an intensive care physician, a nurse and an ICU physiotherapist and a nurse semi-intensive. After, there was input from a palliative physician on staff. For management of the program results, indicators are constantly managed, including costs, length of hospital stay, number of discharges and deaths and customer satisfaction. With the results, it is observed mainly utmost care and support to patients at end of life and their families, as well as support for the health care team, indicating an important cultural change in the institution.

Keywords: Palliative Care. General Hospital. Clinical Protocols.

INTRODUÇÃO

Na área da saúde em geral, os processos relacionados ao nascer são mais organizados e sedimentados do que os processos de morrer. O trabalho das unidades e equipes de saúde especializadas para o nascer está consolidado e disponível para a maioria da população. Já o processo do morrer, em geral, enfrenta o preconceito e a baixa qualidade dos serviços prestados (COSTA FILHO et al., 2008).

No cenário atual, há a expectativa de que os recursos tecnológicos sejam capazes de curar qualquer doença. Uma forte negação cultural da morte prevalece, sendo esta compreendida como insucesso das práticas de saúde, mais especificamente da Medicina (ANCP, 2006b). Tal significado da morte é influenciado pela concepção já predominante na cultura ocidental do século XX, denominada como a morte “invertida”, descrita como a morte que se esconde, que é vergonhosa e encarada como fracasso da humanidade (ARIÉS, 2012; KOVÁCS, 2010).

De acordo com estimativas mundiais, para cada um milhão de habitantes, estima-se mil pacientes com necessidade de cuidados paliativos (CP) por ano. O Brasil, por possuir cerca de 180 milhões de habitantes, precisaria projetar uma estrutura para atender 180 mil pacientes/ano. Atualmente, acredita-se que exista cerca de 60 unidades de CP no território nacional, a maioria atuando apenas domiciliar ou ambulatorialmente, ou seja, um número ainda insuficiente (SANTOS, 2011).

Neste sentido, o processo de implantação de serviços de CP abarca a elaboração de um projeto, a operacionalização, implementação, consolidação e estabilidade do

programa. O projeto deve conter dados concretos como características da população a ser atendida e recursos a serem utilizados. A fase de operacionalização e implementação caracteriza-se pelo início da atuação de profissionais específicos, encadeando a criação de um núcleo estável, estabelecimento de consensos (internos e externos), capacitação específica, bem como avaliação dos resultados. Já a fase de consolidação inclui sedimentação e aprimoramento das atividades e profissionais, bem como incorporação de voluntariado, até que o serviço alcance um nível de estabilidade e autonomia (ANCP, 2006a).

Dentre as recomendações para implantação de programas em hospitais consta a organização de unidade de cuidados paliativos e de equipes consultoras. As unidades de CP possuem leitos próprios, profissionais de saúde especializados nestas práticas e dedicados exclusivamente para esta atividade. Já as equipes consultoras não possuem leitos próprios e tampouco assumem integralmente a assistência ao paciente/família, mas se articulam com diversos serviços hospitalares e comunitários onde se encontram os doentes de perfil paliativo. Há publicações que divulgam os resultados alcançados por esses grupos, principalmente no controle de sintomas, redução do tempo de medicação, promoção e adequação da terapêutica e exames complementares, gerando eficiência e redução de custos, também encontrando respostas a necessidades psicossociais e espirituais do paciente e família (ANCP, 2006a, 2006b). As ações realizadas no programa descrito neste artigo referem-se à atuação de equipe nesse formato.

MATERIAL E MÉTODOS

A análise da experiência relatada se deu por meio da revisão e compilação das informações e dados registrados ao longo do processo de implantação do programa, ou seja, a partir de uma análise documental. Esta metodologia consiste em descrever e representar o conteúdo dos documentos de uma forma distinta da original, visando garantir a recuperação da informação nele contida e possibilitar seu intercâmbio, difusão e uso (IGLESIAS; GÓMEZ, 2004).

Assim, esta modalidade de pesquisa qualitativa é considerada como o tratamento do conteúdo de forma a apresentá-lo de maneira diferente da original, facilitando sua consulta e referência, por meio da verificação e apreciação dos materiais com uma finalidade específica (BARDIN, 1997). Os principais documentos consultados para a construção deste relato foram atas de reuniões, fluxos e macro-fluxos elaborados, resultados medidos por meio de instrumentos de avaliação e literatura de base.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS

A prestação de cuidados paliativos está implícita na abordagem ao paciente, sendo parte do trabalho dos profissionais de saúde, independentemente da sua formação particular (ANCP, 2012). A Organização Mundial de Saúde recomenda que esta abordagem seja feita de modo programado e planejado, numa perspectiva de apoio global aos muitos problemas dos pacientes (WHO, 2002). Para tanto, o desenvolvimento, implementação e execução de programas de cuidados paliativos deve ser multiprofissional.

Cenário e demandas

A instituição na qual se desenvolveu a atuação caracteriza-se como uma instituição suplementar de médio porte, situado em um estado ao sul do Brasil. A instituição é gerida por uma cooperativa médica. O hospital foi inaugurado em 2001 e atende em sua grande maioria usuários de planos de saúde Unimed. Em média, 924 pacientes são internados por mês. No total, são 165 leitos, sendo 10 de UTI Geral, 9 de UTI Coronariana, 10 de UTI Neonatal e 4 de UTI Pediátrica. Os andares de internação de adultos não estão separados por clínicas, embora exista uma tentativa de agrupamento conforme a demanda de cuidados.

O processo de implantação do programa de CP foi iniciado pela equipe do Serviço de Psicologia Hospitalar da época, com apoio e participação da Direção Clínica da instituição.

O processo de implantação

Em julho de 2009, as áreas de atuação do hospital foram convidadas para iniciar um grupo de trabalho em CP no hospital. A participação efetiva se deu por interesse dos profissionais, sem que houvesse nova contratação, priorizando a participação de ao menos um representante de cada área. Integravam a equipe, de início, psicóloga, enfermeiras, médicos, fisioterapeutas, farmacêutica e terapeuta ocupacional. Dentre os participantes, havia profissionais que atuavam nas unidades de internação, nas unidades de terapia intensiva (UTI) e no serviço de atenção domiciliar.

Inicialmente, discutiu-se o mecanismo de triagem e inserção dos pacientes no programa e, em seguida, definiram-se os focos de atuação interdisciplinar, indicadores e documentos. Esse planejamento se deu paralelamente a eventos de capacitação, grupo de estudos e discussões de casos clínicos do hospital. Os instrumentos utilizados, métodos de trabalho, temas de capacitação, perfil dos pacientes, fluxos de atendimento, dentre outros, foram definidos nestas discussões. Conforme o grupo era capacitado e o

projeto elaborado, a atuação avançava nas intervenções assistenciais.

Formação da equipe

Formou-se um núcleo de profissionais líderes na assistência, composto por uma psicóloga hospitalar, um médico intensivista, uma enfermeira, uma fisioterapeuta de unidade de terapia intensiva e uma enfermeira de uma unidade de terapia semi-intensiva. Este grupo passou a organizar a assistência aos pacientes, acionando os demais profissionais e apresentando os temas a serem discutidos nas reuniões semanais, abertas a qualquer interessado.

Como não havia condições de investimento em unidade de internação específica e por ter sido verificada alta prevalência de pacientes com perfil para CP nas diversas unidades de internação, optou-se pelo sistema de equipe de consultoria como sendo o mais adequado às condições locais. Este formato permitiu interação e sensibilização das diversos setores da instituição, não exigindo investimento alto e se mostrando adequado ao nível de capacitação e disponibilidade da equipe.

Cada profissional da equipe, além de atuar na assistência direta ao paciente, orientava os demais profissionais de sua área que então assumiam os cuidados diários ao paciente. Além disso, alguns profissionais responsabilizaram-se por funções específicas do programa. As enfermeiras realizaram funções de aplicação de escalas avaliativas dos pacientes, gerenciamento de indicadores, secretariado do programa. A farmacêutica assumiu a rotina de revisar as prescrições médicas e sugerir alterações, de acordo com interações medicamentosas ou vias de acesso. A psicóloga ficou responsável pelo processo de triagem dos pacientes, direcionamento da conferência familiar, assistência ao luto, facilitação da comunicação interpessoal, apoio emocional e suporte às tomadas de decisão.

Após a entrada de um médico com formação especializada em CP, este passou a responsabilizar-se pela abordagem inicial ao médico assistente, discutindo a possibilidade de inserção no programa e, posteriormente, pelo acompanhamento e registro da avaliação dos sintomas incômodos do paciente.

O trabalho se desenvolveu de modo interdisciplinar, na medida em que havia discussões presenciais entre profissionais de diferentes áreas, interagindo e compartilhando os processos de decisão. Este modo de interação entre equipes é definido como essencial, na medida em que sua existência é justificada pelas múltiplas dimensões do ser humano a que serve, bem como pela complexidade e inter-relação das demandas (BARBERO; DÍAZ, 2007).

Desta forma, a equipe disponibilizou formação a profissionais atuantes na instituição, desmistificando o tema e possibilitando apoio aos pacientes e familiares também de forma indireta. Com frequência, a desmistificação e segurança em temas desta natureza mostram-se capazes de diminuir o sofrimento dos envolvidos, melhorando os níveis de qualidade de vida e morte. Neste aspecto, a acessibilidade a cuidados paliativos

de qualidade ajuda a reduzir dúvidas ou preocupações sobre onde, quando e como morrer. Assim, os cuidados paliativos são estabelecidos como um sistema de apoio e suporte para o paciente e a família, levando a uma maior segurança em todo o processo de cuidado em final de vida (BARBERO; DÍAZ, 2007).

Inserção de pacientes no programa cuidados paliativos

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) recomenda que os CP sejam prestados o mais precocemente possível, de preferência, desde o diagnóstico de uma doença possivelmente letal. Na prática, tal precocidade nem sempre é possível, devido, principalmente, a escassez de recursos e profissionais (ANCP, 2006b). De acordo com recomendações para CP no Brasil, este tipo de cuidado deve ser inserido progressivamente no tratamento do paciente. Conforme o tratamento curativo vai perdendo espaço, o paliativo vai intensificando suas condutas, até o momento em que paciente e família passam a receber apenas as intervenções paliativas (ANCP, 2006a; PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Segundo consenso do Center to Advance Palliative Care (WEISSMAN; MEIER, 2011) todo hospital deve desenvolver abordagem sistemática para garantir que pacientes com alto risco de déficit na necessidade de cuidados paliativos sejam identificados e tratados em tempo hábil. Esta identificação deve seguir alguns critérios conforme o nível de assistência (primária e secundária) e considerar aspectos como dor, suporte social e espiritual, compreensão do quadro clínico, identificação de objetivos e necessidades do paciente, transição dos cuidados pós-alta, etc.

Neste sentido, como critérios de inserção do programa aqui descrito, inicialmente, estabeleceram-se dois focos: por triagem e por solicitação de interconsulta. Os pedidos de interconsulta provinham dos membros das equipes assistenciais. Nestes casos a equipe de CP incluía a participação do médico assistente na decisão de inserção e na informação inicial a paciente e familiares, a fim de garantir o vínculo interpessoal e alinhar discursos e práticas. A avaliação do paciente em relação ao perfil paliativo seguia os mesmos critérios da triagem, os quais são descritos a seguir.

Utilizou-se escala recomendada pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo e pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos, denominada Escala de Performance Paliativa (Palliative Performance Scale – PPS) para a triagem dos pacientes a serem inseridos no programa (CREMESP, 2008; ANCP, 2012). A opção por tal escala se deu devido ao reconhecimento na literatura, sua acessível utilização e amplitude de avaliação. A PPS foi aplicada semanalmente nos pacientes internados na unidade de terapia intensiva e na unidade semi-intensiva, avaliando cinco critérios separadamente, nesta ordem de prioridade: deambulação, atividade e evidência da doença, autocuidado, ingestão e nível de consciência.

Apesar de a literatura indicar índice de corte igual a 40% para elegibilidade em CP, a capacidade assistencial do programa, ainda em processo de implantação, era

demasiado reduzida para assistir o número de pacientes com este perfil internados pela instituição naquele momento. Desta forma, optou-se por definir o índice de corte em 20%, atendendo a demanda mais crítica e respeitando as prioridades do programa nacional brasileiro de CP. Além do nível de funcionalidade, os pacientes com PPS \leq 20 eram submetidos aos demais critérios propostos pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo, que são: doença crônica e progressiva, prognóstico supostamente encurtado a meses ou ano, quadro irresponsivo a tratamento modificador da doença, impacto emocional (paciente, família ou equipe) relacionado à possibilidade de morte (CREMESP, 2008).

Assim que constatado perfil para cuidados paliativos, a primeira ação era a abordagem ao médico assistente, discutindo sobre o programa e elegibilidade do respectivo paciente. Solicitava-se ao médico um primeiro comunicado que deixasse claro ao paciente e/ou sua família a falta de perspectiva curativa e a indicação para mudança de foco terapêutico, de curativo para paliativo. Esta primeira comunicação do médico assistente foi constatada como fundamental para que a equipe de cuidados paliativos pudesse realizar a abordagem aos pacientes e familiares de modo adequado.

Com a atuação da equipe de CP nos diversos setores do hospital, o número de pacientes encaminhados passou a alcançar a capacidade máxima de atuação do programa, de modo que a triagem deixou de ser realizada, sendo os pacientes inseridos somente a partir da solicitação de seu médico assistente ou equipe de assistência direta. De toda forma, os critérios de inserção do paciente permaneceram sendo analisados em cada pedido de parecer, a fim de definir a elegibilidade do paciente em questão.

Estrutura atual da assistência

Após registro do médico assistente no prontuário, é agendada conferência familiar, na qual participam dois ou três profissionais da equipe de CP, o paciente (se comunicativo, lúcido e orientado) e as pessoas mais próximas a ele (grau de parentesco ou vínculo afetivo). Esta reunião tem por objetivos: discutir o caso clínico, otimizando sua compreensão, esclarecer a mudança de foco terapêutico e confirmar a inserção no programa de CP.

Para avaliação periódica dos sintomas, utiliza-se o Sistema de Avaliação de Sintomas de Edmonton (Edmonton Symptom Assessment System – ESAS), por sua abrangência e praticidade (ANCP, 2012; MONTEIRO; KRUSE; ALMEIDA, 2010). A escala avalia os dez sintomas mais comuns dos pacientes, pontuando-os em uma escala de zero a dez, na qual zero representa a ausência do sintoma e dez representa o sintoma em sua pior intensidade (EDMONTON ZONE PALLIATIVE CARE PROGRAM, 2010). Os resultados levantados são utilizados tanto para definir as intervenções quanto para evidenciar os resultados do programa.

Outros aspectos considerados na avaliação da complexidade do paciente são os elementos associados à situação emocional, evolução da doença, contexto familiar,

questões éticas e recursos envolvidos (GÓMEZ-BATISTE et al., 2010). Os CP priorizam as necessidades e desejos dos pacientes e familiares nas definições do tratamento e intervenções. Estar bem informado sobre a doença, receber apoio e orientação quanto aos cuidados prestados, diminui a ansiedade dos familiares e pacientes, aproximando-os da equipe profissional e criando uma atmosfera de confiança e segurança (ANCP, 2006b).

Nas últimas horas de vida, são oferecidas orientações gerais sobre o processo de morte, esclarecendo dúvidas e oferecendo suporte para enfrentamento do momento crítico. Após o óbito, é enviada carta de condolências assinada pelos profissionais da equipe e, em alguns casos, realizada visita domiciliar (após 7 a 10 dias). Para as famílias com dificuldades de elaboração de luto, são realizados novos encontros pós-óbito com a psicóloga da equipe para avaliação e possível encaminhamento à psicoterapia.

Gerenciamento de indicadores

Para a gestão dos resultados do programa, alguns indicadores são constantemente gerenciados, cujos dados referentes aos pacientes inseridos no programa de cuidados paliativos são comparados: 1) a pacientes inseridos em um grupo controle, formado por pacientes que possuíam indicação da mudança do foco terapêutico, porém, por negativa do médico assistente, família ou paciente, não foram assistidos pela equipe de CP; 2) a eles mesmos, ou seja, avaliando-se o período de internação hospitalar no período antes da inserção no programa e comparando com o período após a inserção no programa de CP.

Um destes indicadores refere-se ao impacto da rotina nos custos hospitalares referentes aos gastos com exames laboratoriais e de imagem e medicações, quantificado pela média de custos diários dos pacientes antes e depois da inserção no programa de CP. Em média, verifica-se que pacientes que passam a receber CP reduzem seus gastos em torno de 30%. Este índice oscila conforme o setor em que estiveram internados e da complexidade de seu quadro clínico.

Além destes índices, é analisada a média de dias que os pacientes permanecem internados. Em recente avaliação do período de hospitalização de pacientes na unidade de terapia intensiva, por exemplo, constatou-se que pacientes atendidos pelo programa de CP permaneceram em média 10 dias a menos naquela unidade do que pacientes em grupo controle. Isto significou um menor custo físico, emocional e também financeiro, evitando postergar o sofrimento dos pacientes e familiares e ainda gastos desnecessários.

Como na maior parte dos serviços de CP, o índice de redução dos sintomas desconfortáveis do paciente também foi utilizado como indicador, acompanhado por meio do ESAS. Nas análises, destacou-se o controle da dor e de sintomas depressivos e ansiosos nos pacientes acompanhados pela equipe. Outro indicador utilizado pelo hospital e também pela equipe de CP são os índices de satisfação registrados por pacientes e/ou familiares após período de hospitalização. Por fim, são registrados e

analisados os desfechos dos atendimentos, ou seja, o número de óbitos de pacientes inseridos em cuidados paliativos, o número de altas e também de encaminhamentos ao serviço de atenção domiciliar, todos eles com impacto positivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, pode-se dizer que a experiência de implantação do programa de cuidados paliativos descrita neste artigo obteve e continua obtendo resultados positivos. Entre as conquistas alcançadas pela equipe de CP está a constância de encaminhamentos de pacientes para o acompanhamento em caráter complementar ao assistencial.

Houve ainda aumento do número de pacientes encaminhados ao serviço de atenção domiciliar, ou seja, de pacientes que puderam receber alta hospitalar e retornar ao seu ambiente familiar e social, com apoio de uma equipe de saúde. Entre estes pacientes, sendo dada continuidade ao atendimento em cuidados paliativos, observou-se menor taxa de reinternações e aumento da porcentagem de óbitos domiciliares.

A cultura institucional foi modificada e, atualmente, é possível verificar maior cuidado com o processo de apoio aos pacientes em final de vida, havendo diálogo efetivo entre equipes, paciente e família. Dessa forma, pacientes e famílias estão sendo informados de seus direitos quanto às formas de tratamentos existentes e sobre sua autonomia em participar dos processos decisórios quanto às terapêuticas adotadas.

O trabalho desenvolvido possibilitou oferecer um modelo de assistência capaz de integrar os cuidados oferecidos pelo especialista responsável com a atuação de uma equipe interdisciplinar focada no controle de sintomas. Esta forma de trabalho, além de ser aquela que melhor atende as necessidades dos pacientes, permite unir os esforços do tratamento curativo com o tratamento paliativo, minimizando os danos das doenças progressivas.

REFERÊNCIAS

ARIÉS, P. **História da Morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Organização de Serviços em Cuidados Paliativos – Recomendações da ANCP**. Rio de Janeiro, 2006a.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006b.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de cuidados paliativos – ampliado e atualizado**. Brasil, 2012.

BARBERO J; DÍAZ, L. Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. **An. Sist.**

Sanit. Navar, Madrid, v. 30, supl. 3, p. 71-86, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997. 176 p.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP), Oliveira, R. A. (Coord.). **Cuidado Paliativo**. São Paulo, 2008.

COSTA FILHO, C. R. *et al.* Como Implementar Cuidados Paliativos de Qualidade na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 20, nº 1, p. 88-92, mar. 2008.

EDMONTON ZONE PALLIATIVE CARE PROGRAM. **Guidelines for using the revised Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-r)**, 2010.

IGLESIAS, M.E.D; GÓMEZ, A.M.M. Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. **ACIMED**, Ciudad de La Habana, v. 12, nº 2, p. 1-5, 2004.

GÓMEZ-BATISTE, X.; ESPINOSA, J.; PORTA-SALES, J.; BENITO, E. Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. **Medicina Clínica**, v. 135, nº 02, 2010.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

MONTEIRO, D. R.; KRUSE, M. H. L; ALMEIDA, M. A. Avaliação do instrumento Edmonton Symptom Assessment System em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, nº 4, p. 785-793, dez. 2010.

MURRAY, S. **The quality of death – Ranking end-of-life care across the world**. Economist Intelligence Unit (The Economist), 2010.

PESSINI, L; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2006.

SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. São Paulo: Atheneu, 2011.

SENIORS HEALTH – EDMONTON ZONE. Regional Palliative Care Program. **Guidelines for using the revised Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-r)**. Edmonton, Canadá, 2010.

VILLAS-BÔAS, M. E. A Ortotanásia e o Direito Penal Brasileiro. **Rev. Bioética**, v. 16, nº 1, p. 61-83, 2008.

WEISSMAN, D. E., MEIER, D. E. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting - A consensus report from de Center to Advance Palliative Care. **Journal of Palliative Medicine**, v. 14, nº 01, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2º ed. Geneva: World Health Organization; 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 1 ago.

2015.