

Ciência Atual

Revista Científica
Multidisciplinar das
Faculdades São José

2014
Volume 4 | Nº2



FACULDADES
SÃO JOSÉ

ISSN 2317-1499

ARGUMENTAÇÃO SOBRE A INDISCIPLINA DOS ALUNOS EM AMBIENTE DE ARTIGOS MULTIMÍDIA E O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL AUTÔNOMO DO PROFESSOR DE ENSINO MÉDIO

ARGUING ABOUT STUDENTS INDISCIPLINE ENVIRONMENTAL ARTICLES AND MULTIMEDIA
THE PROFESSIONAL DEVELOPMENT AS TEACHER OF SECONDARY EDUCATION

Luciane Alves Vercillo

Enfermeira. Mestre em Educação - UNESA. Coordenadora do Serviço de Educação Permanente do Centro de Unidades Médicas Integradas Santa Terezinha

Mônica Rabello de Castro

Matemática. Pós-Doutorado - Université de Montreal. Coordena o Laboratório de Análise da Comunicação em Educação. Pesquisadora CNPq.

Carolina Vercillo Medina

Licenciatura em Letras. UFRJ.

RESUMO

O desenvolvimento profissional de professores encontra dificuldades que vêm causando impacto negativo para as mudanças que se mostram necessárias à escola. Num período de rápidos avanços tecnológicos, ambientes virtuais têm sido aperfeiçoados para instrumentalizar o professor. O objetivo deste estudo foi investigar processos argumentativos sobre a prática educacional num site produzido para o desenvolvimento profissional autônomo do professor. O site Artigos Multimídia agrega recursos como: vídeo, som e imagem e fórum, permitindo ao professor interagir com seus pares. Nessa interação observou-se o jogo argumentativo entre participantes, quais são os acordos sobre os quais fundamentam a prática docente, até que ponto o argumento utilizado por um professor é suficiente para interferir nas crenças de outro. A pesquisa fundamenta-se em uma articulação entre os conceitos de desenvolvimento profissional, autonomia e argumentação. Participaram da pesquisa 30 professores pertencentes à rede particular de ensino que responderam a um questionário sobre sua prática educacional. Desses, 22 professores acessaram o site, durante dois meses, postando comentários no site, motivados por situações oferecidas por um menu. Os resultados mostraram que os temas escolhidos pelos participantes são privilegiadamente aqueles que versam diretamente sobre o cotidiano da prática docente. Mostram que está sempre presente no discurso dos participantes uma oposição entre dois tipos de prática docente: uma pedagogia denominada tradicional, ultrapassada, a que efetivamente tem lugar na escola, e uma outra ainda não existente, libertadora, que se dedicam a definir e caracterizar, não importando o tema da discussão. Apontam a necessidade de caminhos para a transformação de uma na outra e os obstáculos que se interpõem nesse caminho. Identificam a necessidade das mudanças por uma evidente transformação das relações sociais, que inviabilizam a prática docente atual. O site mostrou-se amigável ao desenvolvimento da argumentação dos participantes, embora não tenham sido verificadas efetivas mudanças de ponto de vista dos participantes.

Palavras-Chave: Desenvolvimento profissional. Autonomia. Artigos multimídia. Argumentação sobre a prática docente.

ABSTRACT

The teachers professional development is causing negative impact on the school change needs. While fast technological advances have been occurring, virtual environment has improved the teacher work. The objective of this study was to investigate the argumentative process about the educational practice in a site constructed to the teacher autonomous professional development. The site Artigos Multimídia envolve some resources like: video, sound, static image (graphics, lists, photos, drawings) and forum, allowing the professor to talk with their partners. Professor recreates the resources through the access by the web, connecting each one, building in only one text or hypertext page, with many possibilities of interaction. We observed the argumentative strategy of each one, which are the agreements the teaching practice is based on and how far the teacher argument is sufficient to influence other beliefs. Professional development, autonomy and argumentation concepts were articulated. At first, 30 teachers from the private high schools answered a questionnaire about the educational practice, availability and wishes to participate of the research. From them, 22 voluntary teachers wanted to access the site, during 2 months, besides other occasional participants, since the site was open to everyone in the web. The material for the analysis was the commentaries published straight to the site, motivated by different situations offered by a menu. The results show that the themes chosen by the participants are the ones that are aimed to the teacher day by day practice. They show that there is an opposition between two kinds of teacher practice, that is always present in the participant's discourses: a pedagogy called traditional, overpassed, the one that has a place in the school, and another one, that is not available, liberator, that they characterize and define, despite the theme of the discussion. The teachers show a need of ways to transform one in another and the impairments to reach them. They identify the need of social relation transformation that doesn't happen in the real practice. The site showed itself friendly to the development of participant arguments although effective changes of participants points of view couldn't be observed.

Keywords: Professional developments. Autonomy. Artigos Multimídia. Arguments about the teacher practice.

INTRODUÇÃO

Na década de 1980, ocorreram movimentos de educadores que tinham como objetivo uma reestruturação da formação de professores, por ser questão prioritária na construção da qualidade de qualquer projeto educacional (MARQUES, 2000). Esse fato coloca em destaque a relação entre a formação do professor e a aprendizagem do aluno.

Para Demo (2000, p.10), atingir patamares aceitáveis de qualidade educativa da população é estratégia primordial para resolver a questão da qualificação dos professores. Para ele, "professores que não são livres para construir suas próprias atividades, pesquisas, engajar-se em aprendizagem significativa, assumir riscos, tomar decisões, assessorar sua própria competência, serão incapazes de criar possibilidades para os estudantes.". A aprendizagem do aluno depende, antes de tudo, da qualidade de ensino, ou melhor, da capacidade permanente de aprender do professor. De acordo com estatística do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacional Anísio Teixeira (BRASIL, 2003), referente à situação dos professores e condições de trabalho, duas razões comprometem o desenvolvimento profissional do professor: carga horária superior a quarenta horas e tempo indisponível para discussão de problemas referentes a sua própria prática educativa. Os dados frisam que os professores não têm disponibilidade de tempo e de espaço para debates referentes à prática educativa.

A pouca disponibilidade de tempo e de espaços para debates e a sobrecarga de trabalho dos professores ressalta a necessidade de se criar caminhos novos que possibilitem as mudanças necessárias, sendo o diálogo o ponto de partida para as trocas, aprimoramento e reflexão coletiva, que estimulem o desenvolvimento profissional do professor.

Ambientes de aprendizagem desenvolvidos com tecnologias da informação e comunicação são ambientes computacionais onde, segundo Mercado (1999), desenvolvem-se estudos que proporcionam ação e reflexão sobre objetos de conhecimento, favorecendo a aprendizagem. Esses ambientes de aprendizagem podem ser uma alternativa para gerenciamento da autonomia e do desenvolvimento profissional do professor, levando em consideração as dificuldades já apontadas.

É grande a preocupação com a qualidade de ensino e sua relação com a formação dos professores e a aprendizagem dos alunos. Em vista disso, faz-se necessária à investigação de novos caminhos que propiciem espaços de debates que efetivamente sejam uma alternativa para o professor refletir sobre sua prática e buscar, junto a seus pares, novas formas de trabalho, novos métodos, ou seja, espaços para o seu desenvolvimento enquanto profissional. Foi pensando nessa possibilidade que desenvolvemos este estudo envolvendo o uso de um ambiente de troca de experiências, para refletir sobre a prática docente. A importância desta pesquisa está relacionada à produção de conhecimento sobre o desenvolvimento profissional do professor e da autonomia docente através do processo de autotransformação em ambientes tecnológicos de troca entre pares, visando melhorias no cenário da educação.

Dentre as formas de tecnologias de informação e comunicação voltadas para o uso educacional, o computador é um ambiente de aprendizagem que oferece possibilidades para a interação entre os professores, gerando situações propícias ao exercício da autonomia. Nesta pesquisa, investigaremos o discurso dos professores referente a sua prática, quando interagem no site <www.artigosmultimedia.pro.br>. Este site possibilita aos professores observar situações de sala de aula e, a partir daí, refletir e registrar o que viram no ambiente, podendo tecer comentários sobre a prática educativa.

Ao acessar o site o professor visualiza na página inicial as opções existentes: interatividade, argumentação, avaliação, desenvolvimento profissional, disciplina ou investigação. O professor opta por um tema de interesse e abre uma nova página dando duas opções de participação, vídeo ou texto. O professor observa no vídeo uma situação real vivida em sala de aula e faz comentários, no final da página escolhida. Ao assistir, ver ou ler a opção desejada o professor poderá também ler as contribuições de outros professores através dos comentários que foram feitos anteriormente.

O ambiente Artigos Multimídia incentiva a argumentação, na medida em que oferece ao professor, através de textos ou imagens, situações em que é convidado a fazer comentário, a opinar, gerando um diálogo entre pares. No diálogo, cada participante tenta convencer aos demais sobre a legitimidade de suas teses referentes à prática educacional. O professor pode também sugerir temas para ponderação, entrar em um diálogo que já esteja acontecendo ou ainda ficar somente, observando a participação dos demais professores.

O objetivo deste estudo foi investigar processos argumentativos versando sobre a prática educacional num site produzido para o desenvolvimento profissional do professor de ensino médio. O estudo norteou-se pelas seguintes questões: Quais as opções oferecidas pelo site têm adesão dos professores e como são utilizadas? Que fatores determinam o retorno do professor ao ambiente na defesa do seu argumento? Que concepções sobre a prática educacional tornam-se referência para as argumentações no interior do ambiente? Que fatores estão associados aos momentos em que o professor adere ao argumento do outro, reconsiderando seu ponto de vista?

Para a investigação, foram selecionados professores voluntários para acessar o site, com o intuito de avaliar, assistir e analisar os materiais disponíveis, discutir sobre as práticas educativas apresentadas e opinar a respeito dos conteúdos. Todos os professores ministram aulas no ensino médio e têm acesso a Internet. No entanto, o site está disponível na web para qualquer participante que deseje contribuir. Eventuais participações além dos professores voluntários também foram consideradas.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Desenvolvimento profissional do professor, formação inicial e formação continuada são questões amplamente discutidas quando o tema é aprendizagem e o foco principal é o professor, por essa razão é importante discutir e articular os conceitos em questão.

Para Ponte (1998), o desenvolvimento profissional do professor é um processo de crescimento na sua competência em termos de práticas docentes, no autocontrole da sua atividade como educador e como elemento ativo da organização escolar. É um processo que engloba todos os tipos de experiência vividas na aprendizagem e que contribuem para a docência a partir da própria experiência, da vivência e da integração com outros professores. O desenvolvimento profissional diz respeito aos aspectos ligados à didática e também à ação educativa, mas em geral, também aos aspectos pessoais e relacionais de interação com os outros professores e com a comunidade extra-escolar.

Segundo Ponte e Saraiva (2003), o desenvolvimento profissional do professor corresponde a um processo de crescimento, de autocontrole da atividade de professor enquanto elemento participante da organização escolar. Isto significa que o desenvolvimento profissional renova e amplia os conhecimentos do professor seja na prática escolar como também em aspectos pessoais.

A formação inicial tem sido realizada a partir de modelos teóricos conceituais prontos, apresentados em disciplinas isoladas que devem ser absorvidas como conhecimentos pedagógicos, sem a participação ativa dos futuros profissionais e sem a participação ativa do grupo envolvido. Mello (2000) afirma que a formação inicial é descontextualizada e compartimentalizada em disciplinas estanques e o futuro professor durante a sua formação não desenvolve a capacidade de relacionar teoria e prática. Assim, a formação inicial acaba por se reduzir a conhecimentos pedagógicos abstratos e sem a participação ativa dos futuros professores. Muitos autores já ressaltaram a necessidade de os projetos de formação assumirem uma nova postura, isto é, "deixarem de lado a visão apenas teórica ou exclusivamente prática, ou ainda que a formação docente deve ser centrada na articulação entre teoria e prática" (PERES, 2005, p.1). Com isso a concepção de formação inicial acaba por produzir a idéia de uma formação profissional incompleta.

A formação inicial, ainda segundo Ponte (1998), tem como idéia central a freqüência do futuro professor em cursos, nos quais assimila conhecimentos partindo da teoria e nela permanecendo sem participação ativa, enquanto que no desenvolvimento profissional tem-se presente a idéia da participação ativa do professor levando à troca de experiência e reflexão; dando opção ao professor de escolher sua participação em projetos e permitindo maior integração entre os participantes.

A formação continuada, de acordo com Menezes (2005, p.1), é resultado de uma compreensão de que os conhecimentos e competências adquiridas pelos professores na formação inicial, durante a sua prática, foram insuficientes para o exercício da carreira. Ponte (1998) afirma que a formação continuada baseia-se em ações de reciclagem e aprofundamento de um determinado tema e que a expressão formação continuada leva a entender o profissional como não estando apto a tomar decisões, precisando buscar mais formação, para além da sua formação inicial. Neste sentido, podemos associar essa busca a uma carência profissional, isto é, este profissional está sempre buscando algo que falta a sua formação. Concebida assim, a formação continuada é suprimimento para a formação inicial. Embora esta não seja a única visão de formação continuada, é a que tem sido mais frequentemente praticada nos diferentes espaços educacionais.

A formação continuada também tem sido realizada através de cursos, como se fossem módulos, enquanto o desenvolvimento profissional do professor é visto como um todo. Além disso, a formação continuada é construída preferencialmente com a teoria, ao passo que o desenvolvimento profissional deve necessariamente considerar a teoria e a prática de uma forma interligada.

Neste estudo, entendemos que o desenvolvimento profissional ultrapassa os conceitos de treinamento e formação e que, para ocorrer o desenvolvimento profissional, o professor deve ser o sujeito ativo do processo que lança um olhar para a sua prática passada, presente e futura, estando aberto a críticas e mudanças em torno do seu processo de aprendizagem e prática docente.

Para Contreras (2002), o desenvolvimento profissional conduz o docente a construir a noção de autonomia como exercício reflexivo, como forma de intervenção nos contextos concretos das práticas, onde as decisões são produto de considerações sobre as situações vividas. Para construir a própria autonomia profissional, o professor não pode deixar de construir determinados contextos, valores e práticas de cooperação. Para ele, a autonomia profissional não se desenvolve nem se realiza, nem é definida pela capacidade de isolamento, pela capacidade de "se arranjar sozinho", nem pela capacidade de evitar o trato de influências ou relações. Ao contrário, autonomia se desenvolve em um contexto de relações, não isoladamente. Dessa forma, não se pode desvincular a autonomia das relações de cooperação entre diferentes profissionais, pois ela é uma forma de manter e construir relações. A autonomia é um aspecto fundamental no processo de desenvolvimento profissional, pois supõe um professor ativo em sua prática, promovendo a construção do coletivo através da interação e cooperação com o grupo. Supõe, assim, o diálogo e discussões referentes ao conhecimento, capacidade de argumentar, de decidir, de processar e selecionar informações, criatividade e iniciativa.

É na relação entre o trabalho e o desenvolvimento profissional que os professores devem encontrar alternativas para os problemas da prática educativa. Por isso, qualquer proposta de desenvolvimento profissional deve promover a autonomia dos docentes, construída além da visão técnica e prática, assumindo assim o modelo crítico para a reestruturação do profissional.

O professor quando desenvolve ações educativas de sucesso na sua prática profissional tende a reproduzi-las e a produzir reflexões sobre elas, integrando-as em um conjunto de crenças sobre sua prática docente. Em situações de troca de experiência com seus pares, poderá testar suas hipóteses, buscando convencer os outros docentes da validade de sua tese ou a levá-los a uma ação coerente com a tese apresentada. A argumentação está presente sempre que há troca de conhecimento e a defesa de opiniões.

A argumentação será tratada aqui segundo dois vieses: o primeiro que diz respeito à sua ocorrência em situações em que sujeitos discutem a prática docente em um ambiente proposto para o desenvolvimento profissional e, um segundo, relativo à possibilidade de compreensão do discurso sobre a prática docente através da análise dos processos argumentativos em seu interior.

Argumentar é expor um conjunto de razões encadeadas que justifiquem uma tese, de tal de forma que o interlocutor não apenas possa acompanhar o raciocínio do orador, mas também possa ser convencido da posição que está sendo defendida. Toda argumentação implica o envolvimento do orador com determinada tese, é também fundamental que o discurso do orador seja plausível e persuasivo despertando o interesse no auditório pela tese apresentada. Um auditório não fica restrito somente aos ouvintes interpelados pelo orador fisicamente em um determinado espaço definido. Ele é idealizado pelo orador quando organiza sua argumentação, ou seja, pelo grupo de indivíduos que pretende persuadir através do seu discurso. Segundo Perelman e Olbrechts-Tyteca (1996), o auditório é caracterizado pelos indivíduos a quem o orador pretende influenciar.

A argumentação possibilita a análise dos pontos de vista que surgem quando há trocas de conhecimentos versando sobre as práticas sociais. No entanto, a argumentação só se faz presente em situações onde há confronto e controvérsia que possibilitem respostas distintas. Segundo Perelman (1999), a argumentação apresenta uma conclusão que pode ser aceita ou não de acordo com as múltiplas interpretações e subjetividade de quem argumenta e do contexto onde ocorre.

Consideramos que os argumentos expostos por professores no ambiente Artigos Multimídia expressam concepções que indicam suas crenças sobre a prática docente. Dessa forma, através dos processos argumentativos implementados no ambiente, pretende-se observar a defesa dessas crenças. O participante do ambiente, na defesa de seus pontos de vista, expressa sua concepção de prática docente e, dessa forma, fornece indicadores de uma visão da própria, fruto do delineamento de projetos relacionados ao seu modo de ser, viver e aprender. O material coletado foi organizado levando em conta seu poder argumentativo.

METODOLOGIA

A pesquisa teve início com a criação do site voltado para a investigação da utilização da Internet como um meio para o desenvolvimento profissional do professor. No site, foram incluídos vídeos, de aulas gravadas anteriormente no Colégio de Aplicação da Uerj, e textos. A idéia era de que aos lê-los ou assisti-los, os professores se sentissem estimulados a participar escrevendo no ambiente a sua opinião, concordando ou discordando do texto e dos depoimentos dados pelos outros participantes anteriormente, podendo também levantar outras questões não observadas por outros participantes. Além disso, qualquer participante poderia propor a publicação no site de textos ou imagens. Desta forma, acreditamos estimular o diálogo e a troca entre os professores participantes. Não houve, no entanto, durante o período da pesquisa, nenhuma contribuição de professores com material próprio para inclusão no site.

Em uma primeira etapa, durante três dias nos turnos manhã, tarde e noite, foram contatados 30 professores de uma escola da rede particular de ensino médio. Os professores participantes tinham idade entre 30 e 45 anos, eram especialistas e trabalhavam na rede de ensino privada e pública. Dos participantes da pesquisa, 25% eram do sexo masculino e 75% eram do sexo feminino. O projeto da pesquisa foi apresentado nos diferentes turnos e foi aplicado um questionário a fim de coletar dados sobre a sua prática docente em sala de aula. Os professores que aceitaram participar da pesquisa ficaram incumbidos de acessar o site e expor sua opinião a respeito do material.

Foram registrados também acessos de outros professores num total de 22 participações no tema indisciplina. O material coletado foi obtido pelas contribuições feitas no site no período de Agosto a Dezembro de 2006.

Uma vez encerrado o período da coleta, preparamos o material para a análise. Nossa opção foi por utilizar o Modelo da Estratégia Argumentativa – MEA, desenvolvido por Frant e Castro (2001). O MEA baseia-se na Teoria da Argumentação de Perelman (1999), segundo a qual quem argumenta está dirigindo seu discurso a alguém com alguma intenção. A teoria da argumentação nos permite descrever como se organizam algumas produções de diálogos estabelecidos entre os sujeitos, do ponto de vista das estratégias engendradas pelos participantes. Segundo Castro e Frant (2003, p.99) “produzir significado é afirmar, relacionar afirmativas, ou seja, falar sobre um objeto”. A Estratégia Argumentativa consiste na reconstrução dos argumentos de um discurso através de um esquema, no qual está presente a tese defendida pelo orador. Após identificação e avaliação dos argumentos utilizados, as interpretações são feitas.

A análise foi feita no primeiro momento com diversas leituras do material fornecido pelos professores no site de modo a conhecer bem o seu teor. A seguir, buscaram-se nos textos respostas às questões da pesquisa e as idéias centrais relacionadas, e estas foram marcadas no texto. Posteriormente, buscamos argumentos no discurso dos participantes, organizando-os de modo que formassem uma seqüência coerente. Analisaram-se possíveis oposições destacadas pelos participantes e se verificou a pertinência da seqüência encontrada nos textos.

Montaram-se esquemas e se fez uma primeira interpretação. Em seguida, buscaram-se as evidências para as interpretações do discurso nas intervenções dos participantes. Finalizada essa etapa, cruzamos as interpretações entre si. Os vários esquemas foram analisados na busca de similaridades e divergências. Buscamos explicações para as similaridades e divergências no texto, visando completar as lacunas implícitas. E por fim, fizemos a interpretação final dos discursos para compreender as concepções de prática educacional do grupo de participantes.

ANÁLISE E RESULTADOS

Neste trabalho, apresentamos as intervenções nos links sobre disciplina, que tiveram maior procura de acordo com as participações e intervenções dos professores feitas no ambiente. O texto sobre indisciplina apresenta relatos fornecidos em entrevista com professores que estão na ativa e com professores aposentados das redes de ensino público e privado a respeito da indisciplina dos alunos na sala de aula.

O sentido das intervenções feitas pelos participantes no site é apresentado pelo esquema montado abaixo. O professor é a figura central do debate sobre a disciplina, isto é, segundo alguns participantes, ele é causador da indisciplina do aluno quando tem uma prática considerada autoritária. Ao mesmo tempo, é pacificador quando negocia com os alunos as “regras do jogo” e demonstra segurança nas suas ações. O uso do autoritarismo é justificado pela falta de educação dos alunos que não a trazem de casa, ou pela ausência da ação da família, ou pela falta de apoio institucional, que fortalece o aluno indisciplinado devido ao tratamento dispensado a ele como cliente, gerando insatisfação no professor. O esquema abaixo, acrescenta os principais argumentos das duas posições.

Figura 1

A maioria dos depoimentos aponta implicitamente que a causa da indisciplina está na dificuldade de relacionamento entre professor–aluno, sendo assim, esse é aparece como o principal problema na prática escolar. Esta dificuldade de relacionamento pareceu estar associada ao autoritarismo praticado por professores, possivelmente, por ser a defesa do autoritarismo um discurso comum no ambiente em que trabalham. O professor autoritário justifica a sua prática culpando o aluno e responsabilizando os pais / família pela falta de educação e limite dos alunos, isto é, a família é diretamente responsabilizada pelos problemas apresentados no processo de aprendizagem. A família delega à escola e ao professor a atribuição e responsabilidade de educar seus filhos que deveriam ter essa educação a partir de casa com os pais. Percebemos nas intervenções que os professores não querem e não aceitam assumir as responsabilidades da família visto que, já cumprem seu papel de educador na escola.

O debate sobre disciplina apresenta uma grande controvérsia que gira em torno do autoritarismo ou não do professor. Algumas outras intervenções vão referir-se especificamente à mudança de postura na prática docente como prerrogativa para solucionar a indisciplina. De um modo geral, procuram distribuir as responsabilidades pelo problema entre outros personagens que não eles próprios. De um modo geral, a participação dos professores no site sobre disciplina mostra um discurso sobre a prática docente indicador de um processo de mudança causado por transformações visíveis no mundo e nas relações sociais. A controvérsia sobre o professor autoritário encobre, na realidade, uma tensão entre uma prática docente reconhecida como ineficiente e uma nova prática.

O esquema abaixo mostra o sentido implícito das intervenções no site. Mostra a existência de dois modelos pedagógicos de prática docente em que uma nova pedagogia ainda não é nítida para os participantes, mas que a maioria postula sua necessidade. É uma pedagogia em que o aluno é o centro do processo ensino-aprendizagem, em que as responsabilidades pelo processo são distribuídas.

Figura 2

Observamos que entre os sete temas disponíveis no site, dois tiveram procura maior, disciplina e interatividade. Esse quadro pode ser explicado pelo fato de os professores participantes se identificarem mais com os temas que retratam o cotidiano profissional. Apesar dessa situação, observamos que a maioria dos professores participante 86%, não retornou ao ambiente para dar continuidade a defesa de seu ponto de vista, resultado também observado por Hudson (2007). Apenas o tema disciplina causou retorno, os professores retornaram para reafirmar sua intervenção anterior ou para acrescentar uma idéia nova que não tinha sido discutida.

Houve sim, casos de concordâncias de idéias, onde um participante a partir da afirmação de outro desenvolveu sua argumentação. Isso revela uma tendência forte entre professores de resistência ao debate quando uma posição é contrária à sua. Sendo assim, não houve o caso de algum professor explicitamente mudar a sua concepção e, portanto, não houve adesão no sentido de uma controvérsia alcançar consenso no processo argumentativo.

Observamos que na maior parte das intervenções, os participantes desenvolviam seus argumentos a partir de uma aparente adesão à intervenção do outro professor participante. Sendo assim, poucos foram os momentos em que foi gerado um debate em que um buscasse defender um argumento diferente de algum outro participante. Encontramos controvérsia quanto à posição do professor em sala de aula, usando ou não o autoritarismo como prática profissional. Embora um dos participantes tenha levantado a questão do uso dessa prática de maneira contundente, e apesar de alguns participantes não concordarem com essa atitude, a opinião não foi rebatida frontalmente pelos demais professores. No geral, as intervenções parecem sempre se remeter a visões de prática profissional idealizadas, de uma educação denominada libertadora, resultado também observado por Calvo (2006) e Santos (2005). Os temas escolhidos pelos participantes foram privilegiadamente aqueles que portam diretamente sobre o dia a dia da prática docente, no caso, a indisciplina e a interatividade na sala de aula.

Segundo os resultados, a maioria dos professores argumenta a respeito das dificuldades encontradas durante a prática docente. Apontam fatores que interferem na prática docente e apresentam reflexões para melhorar o sistema educacional e com isso são unânimes em afirmar que o momento é de mudança.

Dois aspectos foram abordados pelos professores como causadores da indisciplina dos alunos em sala de aula, a família e a instituição de ensino que transferem para o professor a responsabilidade total da educação dos filhos/alunos. A família ausente não educa os seus filhos e permanece distante e nula do processo educativo, transferindo inteiramente para a figura do professor a responsabilidade do processo educacional, isentando-se de toda e qualquer responsabilidade na falha do processo.

Nas intervenções feitas no ambiente, reclamam não serem vistos pelas autoridades de ensino e a necessidade de colaboração dos outros envolvidos no sistema educacional. Diretores, orientadores, coordenadores e supervisores deveriam estar comprometidos com a promoção da aprendizagem e não somente com o desenvolvimento empresarial do ensino, já que a maioria trabalha em instituições particulares. Conseqüentemente, a falta de apoio da família e da instituição dificulta o relacionamento entre professor e aluno que cotidianamente vem sendo desenvolvida com agressividade e violência e, com isso, o professor desenvolve com deficiência a tarefa de ensinar.

Os participantes diferenciaram duas posturas do professor, autoritária ou não autoritária, como a questão mais relevante a ser enfrentada para solucionar o problema da indisciplina com os alunos na sala de aula. Autoritarismo aqui tem o sentido de ser rigoroso, não tendo associado a ele o sentido de arbitrariedade. Os que praticam o não autoritarismo nas suas intervenções argumentaram que, agindo assim, a conseqüência é a não ocorrência de conflito devido à troca com os alunos e ao respeito obtido devido à postura profissional do professor no processo de ensino e aprendizagem. Já os professores que assumiram a prática autoritária justificam essa prática nas suas intervenções devido à falta de limites dos alunos e falta de apoio da família e dirigentes escolares.

Percebemos então que as intervenções dos professores estão organizadas por uma dicotomia entre dois modelos de pedagogia, uma retrógrada ou outra libertadora. Sua argumentação vai se dar sempre no sentido de criticar a pedagogia dita retrógrada e exaltar a libertadora. A pedagogia libertadora é defendida quase por oposição à pedagogia retrógrada e vão se dedicar à busca caminhos para a transformação da pedagogia retrógrada para a pedagogia libertadora. Dedicaram-se a definir e caracterizar cada uma, não importando o tema da discussão. Apontaram a necessidade de novos caminhos para a transformação de uma na outra e os obstáculos que se interpodem nesse caminho.

Os professores apresentam dificuldades no exercício de uma autonomia plena, uma vez que não persistem na defesa de suas posições, porém o diálogo instalado no ambiente mostra atitudes autônomas praticadas por esses professores que, segundo Castoriadis (1982), são meio para se alcançar à autonomia.

CONCLUSÃO

O ambiente do site ofereceu recursos para que os professores participantes falassem sobre sua prática docente cotidiana e observassem a prática do outros. Portanto, o site proporcionou ao professor um espaço de reflexão sobre sua própria prática, percebendo aspectos negativos e positivos, na procura de alternativas e soluções.

Nenhum ambiente por si só pode garantir a autonomia do professor para o seu desenvolvimento profissional. As dificuldades apresentadas pelos professores no processo argumentativo evidenciam posturas cristalizadas entre os professores, embora todas elas sejam motivo de preocupação por parte deles e defendidas por um rol consistente de argumentos. Os professores participantes consideram a pedagogia prática ineficaz e acenam a necessidade de transformação dessa prática ao mesmo tempo denunciam dificuldades quase intransponíveis para essa transformação.

O ambiente mostrou-se uma ferramenta importante para o desenvolvimento de atitudes autônomas necessárias ao desenvolvimento profissional. O material oferecido no site provocou o interesse dos participantes e, de uma maneira geral, os participantes se interessam também pelos comentários postados anteriormente. Os recursos oferecidos pelo site são determinantes para a argumentação, o que também foi verificado por Hudson (2007) no fórum do mesmo ambiente, embora não se caracterize por um diálogo sincronizado.

O site mostrou-se amigável ao desenvolvimento da argumentação dos participantes, embora não tenham sido verificadas efetivas mudanças de ponto de vista dos participantes. O uso do ambiente Artigos Multimídia foi favorável à prática da autonomia e, conseqüentemente, ao desenvolvimento profissional do professor.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MEC/INEP. Estatísticas dos Professores no Brasil. Ministério da Educação, INEP. 2003.

CALVO, Valéria Cristina Nunes. Argumentação no discurso sobre a prática docente no ambiente dos artigos multimídia. 102p. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2006.

CASTORIADIS, Cornelius. A instituição imaginária da sociedade. Trad. Guy Reynaund; revisão técnica de Luis Roberto Salinas Fortes. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

CASTRO, M. R.; FRANT, J. B. Argumentação e Educação Matemática. Boletim GEPEM. Rio de Janeiro: n. 40. p. 53-68, ago. 2003.

CONTRERAS, José. A autonomia de professores. São Paulo: Cortez, 2002.

DEMO, Pedro. Desafios Modernos a Educação. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

FRANT, J. B.; CASTRO, M. R. Pensamento Combinatório: uma análise baseada na estratégia argumentativa. In: Anais da 24ª Reunião Anual da ANPED. Caxambu: 2001.

HUDSON, Leonardo Mendes. O Desenvolvimento Profissional e a Argumentação no Discurso Sobre a Prática Docente no Fórum do Ambiente dos Artigos Multimídia. 154p. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2007.

MARQUES, M. O. A formação do profissional da educação. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 2000.

MELLO, Guiomar Mauro de. Formação inicial de professores para educação básica: uma (re)visão radical. São Paulo: 2000. p.98-110. Disponível em: <<http://www.crmariocovas.sp.gov.br>> Acesso em: 18/08/2005.

MENEZES, Luis. Formação de Professores do 1º CEB. 2005, p.1-2. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/va12_form.htm> Acesso em: 24/09/2005.

MERCADO, Luiz Paulo Leopoldo. Formação continuada de professores e novas tecnologias. Maceió: EDUFAL, 1999.

PERELMAN, Chaïm. O império retórico: retórica e argumentação. Trad. Fernando Trindade e Rui Alexandre Grácio. 2. ed. Porto: ASA Editores II, 1999. 206 p.

PERELMAN, Chaïm; OLBRECHTS-TYTECA, Lucie. Tratado da argumentação - a nova retórica. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

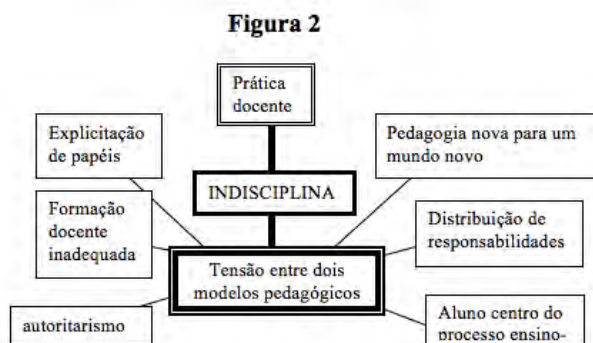
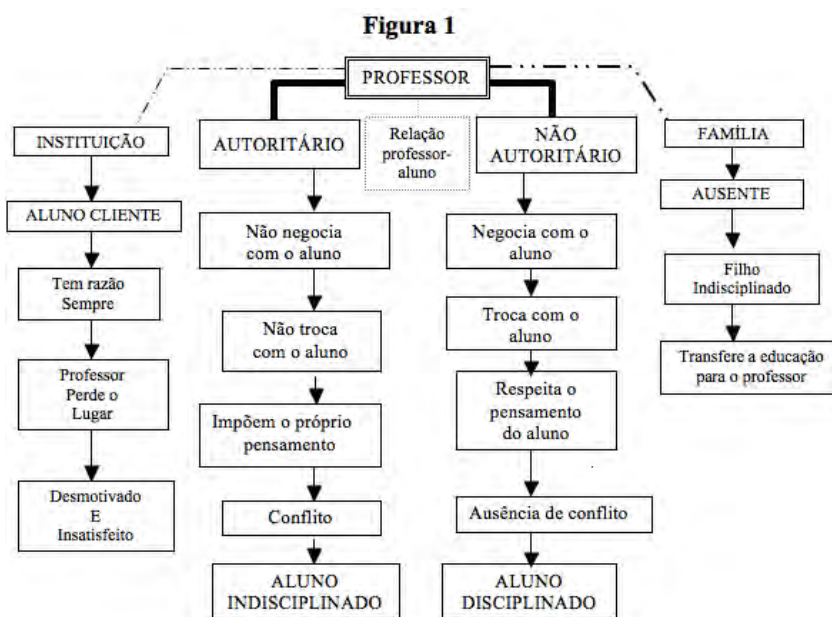
PERES, Américo Nunes. Formação de Professores. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Pólo de Chaves: 2005. p.1-9. Disponível em: < www.fenprof.pt > Acesso em: 15/10/2005.

PONTE, João Pedro da; SARAIVA, Manuel. O trabalho colaborativo e o desenvolvimento profissional do professor de matemática. Quadrante, v. 2, n. 2. 2003.

PONTE, João Pedro da. Da formação ao desenvolvimento profissional. In Actas do ProfMat98. Lisboa: APM. 1998. p. 27-44. Disponível em: < http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jpontes/artigos/pt.htm.> Acesso em: 20/08/2005.

SANTOS, Sérgio de Oliveira. Artigos Multimídia no Desenvolvimento Profissional do Professor do Ensino Fundamental e Médio. 118p. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2005.

ANEXOS



ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO CLIENTE APRESENTANDO SÍNDROME DE CONFINAMENTO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

EXPERTISE OF NURSES FRONT CUSTOMER PRESENTING SYNDROME CONFINEMENT IN A
UNIT OF THERAPY INTENSIVA

Iza Cristina dos Santos

Enfermeira Mestre em Enfermagem - UNIRIO. Coordenadora de enfermagem do serviço de educação permanente do Instituto Nacional de Cardiologia

Luciane Alves Vercillo

Enfermeira Mestre em Educação - UNESA. Coordenadora do Serviço de Educação Permanente do Centro de Unidades Médicas Integradas Saúde Santa Terezinha-RJ.

Jacira Florencia de Paula de Moura

Enfermeira Mestre em Enfermagem - UERJ. Enfermeira do programa de atenção à saúde do homem - UERJ/MS.

Tereza Cristina Felipe Guimarães

Doutora em Enfermagem - UFRJ. Coordenadora de Enfermagem do Serviço de Insuficiência Cardíaca e Transplante Cardíaco do Instituto Nacional de Cardiologia.

Rosimar Costa Silva

Enfermeira - UCL

RESUMO

O estudo consiste no papel do enfermeiro ao prestar assistência ao cliente com síndrome de confinamento na UTI. Os objetivos são: Identificar o papel do enfermeiro perante o paciente com síndrome de confinamento internado em uma UTI, verificar quais os cuidados implementados pelo o enfermeiro frente ao cliente com síndrome de confinamento e analisar os resultados dos cuidados realizados pelo enfermeiro nesta clientela específica. Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa; categorizamos os relatos dos dez enfermeiros entrevistados onde emergiu os seguintes resultados: os mesmos sabem identificar a síndrome de confinamento por meio de sua experiência profissional e necessitam de subsídios teóricos para aprofundarem-se no assunto. Conclui-se que o tema síndrome de confinamento merece ser melhor discutido estimulando a equipe interdisciplinar a debater a questão.

Palavras-Chave: Enfermeiro, Paciente, Síndrome de Confinamento, UTI.

ABSTRACT

The object of the study is the role of the nurse to assist the customer with Syndrome confinement in the ICU. The goals are: To identify the role of the nurse in the patient with syndrome confinement hospitalized in an ICU, see which care implemented by the nurse front of the customer with Syndrome confinement and analyze the results of care performed by the nurse in this specific clientele. Search descriptive, qualitative approach; categorize the reports of the ten nurses interviewed which emerged the following results: they know to identify the syndrome of containment through their professional experience and need subsidies to deepen theorists on the subject. It follows that the theme Syndrome confinement deserves better discussed stimulating interdisciplinary team o discuss the issue.

Keywords: Nurse, Patient's Syndrome Confinement, ICU.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Na terapia intensiva implica em depararmo-nos com a doença em alto nível de complexidade e com o limite entre a vida e a morte. O adoecimento move-nos a refletir sobre a totalidade do homem – corpo, mente, emoção e espírito, relacionando-se com os outros homens e com a vida de modo geral.

A síndrome de confinamento tem sido discutida em congressos de psicologia, psiquiatria e enfermagem, por acometer clientes internados em tempo prolongado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). São acometidas por depressão, ansiedade desconforto identificada pela equipe multiprofissionais que trabalha em UTI.

Os clientes que desenvolvem esta síndrome não admitem serem contidos em um recinto e há necessidade de terem que atuem voltados não somente para o atendimento das necessidades físicas, mas também psicológicas dentre outras. Existem fatores que predis põem esse cliente a desenvolver essa síndrome, como: clientes que necessitam de ventilador mecânico por tempo prolongado, o ambiente da UTI (a temperatura, os ruídos das máquinas, etc.), a ausência de familiares por perto, a pacientes angustiado que sente insegurança por não estar no seu ambiente na continuidade do cotidiano de suas vidas. Através do processo da humanização em UTI, considerando um grande passo na assistência humanizada e, como isso, alterações de comportamento do cliente foram observadas e analisadas com o enfoque direcionado para buscar soluções à esses pacientes com longo tempo de internação no setor.

O objeto do trabalho do enfermeiro é o cuidado, mais que a cura; portanto, ainda que não se tenha esperanças de vida, da cura de uma doença, haverá cuidado a ser realizado. É da sua presença como ser humano que ele precisa. Isto jamais será substituído por máquinas. Isto é que torna a nossa profissão imprescindível e essencial.

A enfermagem que trabalha nas terapias intensivas tem seu papel ímpar na colaboração de identificar e minimizar clientes que venham desenvolver esta síndrome. Tentando olhar esse cliente através de uma visão holística e humanizada e cada vez mais atender as necessidades desta clientela específica.

No exercício profissional de enfermagem de um modo geral, e em particular no CTI, recorreremos a tecnologia para atuar no cliente gravemente enfermo. Sem dúvida, no CTI encontramos face a face com as mazelas humanas e, tanto profissionais quanto pacientes se veem diante de possibilidades e impossibilidades.

O CTI é um universo onde se somam tecnologia de ponta, conhecimento científico atualizado e competência técnica dos profissionais. Entretanto, o paciente, no dinamismo do viver/morrer, desmonta, a qualquer momento, esse ilusório poder de tudo controlar. (SILVA, 2004)

A exigência da permanente atualização do conhecimento das tecnologias de última geração, principalmente nas unidades de terapia intensiva, não levou em conta a necessidade da apropriação da tecnologia da sensibilidade.

Essa assistência deve avaliar as necessidades afetadas da clientela assistida, os conhecimentos das necessidades emocionais dos pacientes, muitas vezes esquecidas pela equipe, são lembrados quando a paciente “surta”, provocando desagrados, raiva e impaciência pelos membros da equipe, por não estarem preparados adequadamente para atender a esta necessidade sentida.

A pesquisa foi realizada com enfermeiros que atuam em uma unidade de terapia intensiva.

Portanto este estudo consiste no papel do enfermeiro ao prestar assistência ao cliente com síndrome de confinamento UTI.

As questões norteadoras do estudo são:

- No que consiste a síndrome de confinamento?
- Qual o papel do enfermeiro no atendimento ao cliente com síndrome de confinamento?

Destacam-se os seguintes objetivos:

- Identificar o papel do enfermeiro perante o paciente com síndrome de confinamento internado em uma UTI.
- Verificar quais os cuidados implementados pelo o enfermeiro frente ao cliente com síndrome de confinamento.
- Analisar os resultados dos cuidados realizados pelo enfermeiro nesta clientela específica.

Devido a este fato é pertinente a equipe de enfermagem que passa 24 horas cuidando diretamente das pacientes a aprimorar seu conhecimento em busca de fatores que acometem um paciente internado em uma terapia intensiva a ter uma reação psicológica, patológica, não condizente com o padrão normal desse paciente.

Para tanto se faz necessário identificar as várias possibilidades de distúrbios psicológicos e isolar o comportamento normal decorrente do carreamento dos seus movimentos, muitos comuns na síndrome de confinamento.

Identificar os fatores que contribuem que os pacientes em evoluam para uma síndrome de confinamento pode ajudar a evitar tais situações e, acelerar sua recuperação.

A pesquisa evidencia um problema de ordem comportamental, que acomete clientes internados em uma UTI, no caso da síndrome de confinamento. Esta síndrome de confinamento interfere nos cuidados e no tempo de permanência do cliente em uma terapia intensiva, faz-se necessário à compreensão do problema em busca de soluções. É pertinente para a academia por fornecer subsídios relacionados a um problema que vem aumentando nas UTIs e na busca de soluções desta questão.

Diz SOARES (1994, p. 15), que quando discute as articulações entre os conceitos vida e sentido que somente a posterior podem-se imputar, aos retalhos caóticos de vivência, as conexões de sentido que os convertem em ‘experiência’.

Cabe lembrar que se deve estar ciente dos avanços e recuos, da cronologia própria, e da fantasia e idealização que costumam permear narrativas quando elas envolvem lembranças, memórias e recordações. FARIAS (1994) adverte que as entrevistas de história de vida trabalham com memória e, portanto, com seletividade, o que faz com que o entrevistado aprofunde determinados assuntos e afaste outros da discussão. No entanto, BOSI (1994), deixa claro que o que interessa quando trabalhamos com história de vida é a narrativa da vida de cada um, da maneira como ele a reconstrói e do modo como ele pretende que seja sua a vida assim narrada.

QUEIROZ (1988) coloca a história de vida no quadro amplo da história oral que também inclui depoimentos, entrevistas, biografias, autobiografias. Considera que toda história de vida encerra um conjunto de depoimentos e, embora tenha sido a pesquisadora a escolher o tema, a formular as questões ou a esboçar um roteiro temático, é o narrador que decide o que narrar. A autora vê na história de vida uma ferramenta valiosa exatamente por se colocar justamente no ponto no qual se cruzam vida individual e contexto social.

REVISÃO DE LITERATURA

O que é síndrome de confinamento. Onde as investigadoras buscaram fundamentações teóricas acerca de uma síndrome que acomete os pacientes internados em UTIs. Após leitura em diversas bibliografias. Entendo que transtorno mental causado por uma condição médica não tem etiologia específica e são induzidas por substâncias. Segundo Dornelles (2003, p. 52)

Um transtorno mental causado por uma condição médica geral se caracteriza pela presença de sintomas mentais consideradas como a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral.

2.1 Assistência de enfermagem aos pacientes com distúrbios de comportamento

A enfermagem, uma profissão do cuidado, participa intensamente na melhoria da assistência a ser prestada no paciente. Portanto o distúrbio de comportamento deve estar inserido neste cuidar, como uma necessidade psicológica afetada onde o enfermeiro deve avaliar o paciente da seguinte forma, conforme baseada na Taxonomia de Nanda:

2.1.1. Avaliação de Enfermagem

A) Avaliar a postura e o sentimento para:

- Postura deficiente / com os ombros caídos.
- Aparência de ter mais idade de que afirmada.
- Expressão facial de tristeza, abatimento.
- Episódios de choro.
- Anedonia - incapacidade de experimentar prazer.

B) Avaliar os processos de raciocínio:

- Identificar a presença de pensamentos suicidas.
- Julgamento deficiente, indecisão.
- Deficiência na resolução de problema e na concentração.
- Pensamentos negativos.

C) Explorar os sentimentos de:

- Raiva e irritabilidade.
- Ansiedade e culpa.
- Inutilidade.
- Desamparo, desesperança.

D) Avaliar o comportamento físico para:

- Agitação ou retardo psicomotor.
- Sinais vegetativos de depressão.
- Alteração nos padrões de alimentação.
- Alteração nos padrões de sono.
- Alteração nos padrões de eliminação.
- Alteração no interesse sexual.

E) Avaliar para a evidencia de depressão mascarada:

- Hipocondríase.
- Distúrbios psicossomáticos.
- Compulsão para jogar.
- Compulsão para trabalhar excessivamente.
- Propensão ao acidente.
- Distúrbios alimentares.
- Doença por vício.

2.1.2. Diagnóstico de Enfermagem (é traçado a luz dos sintomas apresentados pelos pacientes)

A. Risco de lesão devido à desesperança comprometimento com a resolução de problema.

B. Déficit de cuidados de pessoais em virtude da falta de motivação e concentração deficiente.

C. Distúrbios do padrão de sono ligado a insônia.

D. Auto-estima baixa relacionada com o distúrbio de humor.

E. Ansiedade relacionada a nova experiência de eventos traumáticos.

F. Alteração do processo de raciocínio devido a ansiedade grave.

G. Isolamento social ligado aos sintomas.

H. Risco de violência auto-direcionada ou dirigida a outros devido a suspeita ou incapacidade de reconhecer as pessoas ou locais.

2.1.3. Prescrição de Enfermagem (deve ser implementado pelo enfermeiro e sua equipe conforme os diagnósticos traçados)

A. Avaliar as perdas significativas experimentadas pelo paciente.

B. Incentivar a expressão verbal dos sentimentos.

C. Proporcionar estrutura adicional, mantendo o paciente envolvido nas atividades terapêuticas e psicorreabilitativas.

D. Estimular o paciente a reconhecer suas expectativas irrealistas para evitar sentimentos de inadequação em reduzir ainda mais a sua auto-estima.

- E. Ajudar o paciente a identificar situações provocadoras de ansiedade e os planos para este evento.
- F. Ajudar o paciente a desenvolver as habilidades e afirmação de comunicação.
- G. Ensinar o paciente a monitorar as manifestações objetivas e subjetivas de ansiedades.
- H. Manter o ambiente bem iluminado.

2.2. O Cuidado Humano na Enfermagem

O cuidado humano, sem dúvida, está embutido em valores, os quais, independentemente do enfoque, priorizam a paz, a liberdade, o respeito e o amor, entre outros aspectos.

Todos os atributos de cuidar/cuidado são essenciais neste processo, já que constituem uma condição de nossa humanidade.

Profissionais da área de saúde não diferem quanto ao objeto e sujeito do cuidar/cuidado, mas sim na forma como expressam cuidar/cuidados. Cuidar/cuidado pode e deve ser cultivado.

Mesmo que constitua um atributo para todos os seres humanos, na área de saúde e em especial na enfermagem, o cuidar/cuidado é genuíno e peculiar e concordando com várias estudiosas no assunto, é a razão existencial da enfermagem. Conceitos, práticas e rituais de cuidar/cuidado têm merecido a atenção de vários estudiosos, incluindo-se, entre outros aspectos, comportamentos de enfermeiras percebidos por pacientes e por enfermeiras como indicadores de cuidar/cuidado e de não-cuidado, significados e percepções, entre outros. (WALDOW, 1995)

Na área de educação em enfermagem, os trabalhos têm abordado tanto o ensino do cuidar/cuidado como também aplicações de modelos, abordagens pedagógicas priorizando o cuidado e os relatos de enfoques e experiências curriculares. (WALDOW, 1995)

A ciência para o cuidar/cuidado não pode ser totalmente neutra em relação a valores humanos, ou seja, ela não pode manter-se separada ou indiferente às emoções humanas. Desta forma, a base científica do cuidar/cuidado integra tanto as ciências biofísicas como as ciências comportamentais, necessitando, portanto, do reconhecimento e utilização da abordagem humanística. A ciência para cuidar/cuidado requer ainda a análise e compreensão do significado das ações humanas e dos valores que determinam as escolhas humanas na saúde na doença.

Os fatores de cuidar/cuidado aplicam-se às situações de saúde e doença, mas eles se dirigem principalmente para o cuidar/cuidado primário da saúde ou cuidado holístico. O cuidar/cuidado holístico promove humanismo, saúde e qualidade de vida.

METODOLOGIA

A pesquisa qualitativa, com fundamentos fenomenológicos, primeiro coleta os dados. Estes servem para elaborar o que se denomina "teoria de bases", que é um conjunto de conceitos, princípios, significados, que se elevam de baixo para cima.

Este estudo consiste de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa onde o pesquisador busca aprofundar os conhecimentos referente a síndrome de confinamento que acomete os clientes internados em UTI. Onde a equipe de enfermagem em sua liderança o enfermeiro deve atuar por minimizar as possíveis complicações decorrentes desse estado comportamental desenvolvidos pelos clientes.

A pesquisa qualitativa visa buscar subsídios dentro do ambiente dos inquiridos. Como forma de atender dos anseios e inquietações da investigadora pelo tema proposto.

Portanto para Triviños (1987, p. 128 e 129), a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave, é descritiva e impregnada de significados.

A pesquisa qualitativa não tem, assim, a pretensão de ser representativa no que diz respeito ao aspecto distributivo do fenômeno e, se, alguma possibilidade de generalização advier da análise realizada, ela somente poderá ser vista e entendida dentro das linhas de demarcação do vasto território das possibilidades.

São muitos os métodos e as técnicas de coleta e análise de dados em uma abordagem qualitativa e, entre eles, a história de vida ocupa lugar de destaque. Através da história de vida pode-se captar o que acontece na intercessão do individual com o social, assim como permite que elementos do presente fundam-se a evocações passadas. Podemos, assim, dizer, que a vida olhada de forma retrospectiva faculta uma visão total de seu conjunto, e que é o tempo presente que torna possível uma compreensão mais aprofundada do momento passado. Em outras palavras.

O enfoque fenomenológico privilegiou esta análise porque considerou que os significados que os sujeitos davam aos fenômenos dependiam essencialmente dos pressupostos culturais próprios do meio que alimentavam sua existência. Por isso, os investigadores dessa corrente aprofundaram, especialmente através da entrevista semi-estruturada e a da observação livre (daqui os nomes da pesquisa qualitativa, de "entrevista aprofundada", de "observação qualitativa").

Tanto quanto a entrevista, a observação ocupa um lugar privilegiado nas novas abordagens de pesquisa educacional. Usada como principal método de investigação ou associada a outras técnicas de coleta, a observação possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado, o que apresenta uma série de vantagens. Em primeiro lugar, a experiência direta é sem dúvida o melhor teste de verificação da ocorrência de um determinado fenômeno. Lüdke (1986, p. 26)

3.1. Cenário do Estudo

O cenário de estudo foi uma sala de entrevista com cadeira, mesa, um ambiente ventilado e iluminado, onde os sujeitos que participam da pesquisa serão convidados a fazer seus depoimentos.

3.2. Público Alvo

São enfermeiros que trabalham no mínimo um ano em unidades de terapia intensiva do setor público ou privado da cidade do Rio de Janeiro.

3.3. Métodos de Coleta

Os depoentes foram convidados a participar da pesquisa marcados dia e hora da entrevista, onde antes de responderem o questionário assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) conforme rege o Regulamento 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, onde resguarda os nomes dos entrevistados de acordo com as pesquisas que utilizam seres humanos.

Os nomes foram trocados por nome de cores, exemplo: entrevistado branco, entrevistado azul, assim por diante.

Os sujeitos de estudo receberam uma via do TCLE com ciência de que a sua entrevista foi gravada e posteriormente publicada nos meios acadêmicos em forma de artigo.

Posteriormente os conteúdos das falas dos entrevistados foram analisados de acordo com o referencial de Bardin (1977) e categorizados.

Onde as falas dos depoentes foram categorizadas conforme o proposto pelo referencial aplicado no estudo e aprovado pelo investigador junto com seu orientador.

DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS ESTATÍSTICOS

Neste momento segue a descrição das tabelas após estratificações dos dados estatísticos.

Tabela 1 – Gênero e Faixa Etária dos Entrevistados

Faixa Etária	GÊNERO			
	Masculino		Feminino	
	F	%	F	%
25 — 30	1	10		
30 — 35	1	10	1	10
35 — 40			1	10
40 — 45			3	30
45 em diante	1	10	2	20
TOTAL	3	30	7	70

Na Tabela 1 verificamos que 30% dos entrevistados são do gênero masculino e 70% do gênero feminino, onde 30% estão na faixa etária de 40-45 anos.

Tabela 2 – Tempo de Formado e o Tempo em UTI dos Entrevistados

Tempo de Formados	Tempo de UTI									
	Menos de 5 anos		5-10		10-15		15-20		20-25	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Menos de 5 anos	2	20								
5 — 10			2	20						
10 — 15					3	30				
15 — 20							2	20		
20 — 25									1	10
25 em diante										
TOTAL	2	20	2	20	3	30	2	20	1	10

Na Tabela 2 observamos que 30% dos inquiridos tem de 10 a 15 anos de formação e entre 10 a 15 de trabalho em terapia intensiva.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS CONTEÚDOS

Neste capítulo as investigadoras buscaram identificar e posteriormente categorizar e discutir os conteúdos das falas dos entrevistados, a luz do referencial de BARDIN.

Para Bardin (1977, p.64) a análise do conteúdo consiste em:

No conjunto das técnicas da análise de conteúdo, a análise por categoria é de citar em primeiro lugar cronologicamente é a mais antiga; na prática é a mais utilizada. Funciona por desmembramento do texto em unidades em categorias segundo reagrupamentos analógicos, a investigação dos temas, ou análise temática, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples.

A partir do exposto foram analisadas e categorizadas as falas dos entrevistados que são descritas a seguir.

5.1. A primeira pergunta foi: No que consiste da Síndrome do Confinamento? Desta pergunta emergiu as seguintes categorias.

5.1.1. Aprisionamento

Os entrevistados compreenderam que a síndrome do confinamento consiste no aprisionamento do paciente em seu leito, restringindo suas ações e, provocando reações do mesmo para tal fato. Como descrito no depoimento:

AMARELO: Consiste em uma síndrome em que acomete o paciente que permanece muito tempo dentro de um recinto, privado.

VERDE: O cliente permanece privado num recinto restrito, e monitorizado, e fica registrado no seu consciente.

BRANCO: São sintomas que o cliente apresenta pela restrição em ambientes como terapia intensiva e em uso de vários aparelhos.

5.1.2. Perda do sentido de orientação

Pelas descrições dos entrevistados observamos que a definição que os mesmos têm sobre a SC, deriva do fato dos pacientes perderem o sentido de orientação espacial e temporal devido a permanência em um setor fechado. Como segue as opiniões dos entrevistados:

LILÁS: Tendência do indivíduo a perda da orientação temporal e espacial.

PRETO: Pacientes internados por um longo período, fora dos seus hábitos, seus familiares.

MARROM: É a fobia de um lugar fechado.

5.1.3. O sofrimento

As investigadoras verificaram que um dos entrevistados percebeu a angústia e o sofrimento por que passa o paciente, prejudicando o seu tratamento.

VERMELHO: Sensação, digo, comportamento de angústia e depressão sofrida por indivíduo em ambiente fechado.

5.1.4. Atendimento a uma necessidade afetada

Nesta categoria os entrevistados observaram o fato da necessidade do confinamento, decorrente de um bem maior, o atendimento a uma necessidade humana básica afetada neste paciente e, que precisa ser cuidado. O enfoque é intervencionista focando principalmente o papel do cuidador profissional.

AZUL: O período em que o paciente permanece em um setor fechado sob cuidados intensivos e invasivos necessários ao seu tratamento.

5.1.5. O desconhecimento da síndrome

Observamos que um dos entrevistados, apesar das informações fornecidas pela pesquisadora, desconhece tal síndrome, e não associou nenhuma patologia de fato. Conforme descrito em seu depoimento.

ROXO: Solicito literatura a respeito.

5.2. Na segunda pergunta consiste: Quais as condutas realizadas pelo Enfermeiro diante do cliente com SC? Segue sua categorização.

5.2.1. Relacionamento interpessoal.

Nesta categoria quase unânime por parte dos entrevistados onde a conduta para atuar em um paciente com SC, baseia-se no pessoal, no relacionamento paciente x profissional como forma de atendimento as necessidades afetadas do mesmo. Conforme são descritas nas respostas dos pesquisados:

BRANCO: Orientar quanto ao tratamento (importância). Minimizar a restrição no leito (dentro do possível). Sempre que possível estimular o autocuidado (melhora da autoestima).

MARROM: Explicar e orientar que a permanência dele no setor é importante para sua recuperação.

PRETO: Explicar a necessidade da sua internação naquela unidade e a importância da mesma.

Para os entrevistados o relacionamento interpessoal é um fator preponderante para o alívio dos sintomas decorrente da SC, e, portanto base da assistência prestada.

LILÁS: Orientar a equipe quanto a necessidade de observar a evolução do quadro do indivíduo.

VERMELHO: Estimular a verbalização de sentimentos. Proporcionar ambiente terapêutico agradável e manutenção de relacionamento interpessoal produtivo.

5.2.2. Dúvidas dos profissionais

Entretanto neste momento, verificamos que nem todos respondentes compreendem no que consiste a síndrome e tão pouco sabem atuar, necessitando de um treinamento para o atendimento a essa clientela.

ROXO: O que seria considerado confinamento? É o afastamento de sua família ou o medo da morte?

5.2.3. Participação da família

Um dos entrevistados implementa com conduta a participação da família como forma de envolvimento da mesma no tratamento do paciente, objetivando melhora dos sintomas apresentados pelo mesmo.

AZUL: Orientar o paciente, quando lúcido, da importância a visita pelos familiares.

É importante a participação da família como direito do paciente e, promove um restabelecimento mais rápido do mesmo.

5.2.4. O acolhimento

Alguns entrevistados, utilizando o método de humanização na saúde, onde o acolhimento é uma forma de atenção especial ao cliente, onde as experiências de vidas dos pacientes são importantes para o seu cuidado e são subsídios para que o enfermeiro compreenda o mundo de vida do mesmo e atue de maneira harmoniosa e holística. De acordo com as falas dos pesquisados.

VERDE: Estimular a sua saúde, como trazê-lo ao convívio familiar e social. Educando e orientando o tratamento contínuo.

AMARELO: Tornar o ambiente o mais acolhedor possível. Trazer materiais, utensílios, produtos de higiene e objetos que lhe sejam familiares e que faziam parte de sua vida anteriormente. Disponibilidade e comunicação com o cliente.

5.3. A pergunta número três consiste em: Quais as atitudes tomadas pela equipe de enfermagem em relação ao cliente com SC?

5.3.1. Cuidados de enfermagem ao paciente com SC

Nesta categoria, onde está inserida a maioria dos entrevistados os mesmos informaram que os cuidados de enfermagem podem proporcionar conforto e bem estar ao paciente, e com isso atuar nos sintomas que o mesmo apresenta. São descritos. Observação, orientação e cuidado como formas de atuação. Segue os relatos abaixo.

BRANCO: Atitude de colaboração nos cuidados/auto-cuidado e orientar o paciente para reduzir medos/ansiedades.

MARROM: Confortar, ajudar, orientar e explicar ao cliente a importância de permanecer no setor, quais os benefícios. Pedir ajuda ao psicólogo da instituição.

LILÁS: Melhorar o quadro através do conforto e melhorando a percepção do indivíduo sobre o meio no qual está inserido.

Os cuidados de enfermagem, a serem implementados, após planejamento prévio proporciona um bom atendimento as necessidades afetadas da clientela.

VERMELHO: Observação rigorosa em mudanças de comportamento.

AZUL: Além dos cuidados de enfermagem deve propiciar conforto e bem estar durante o plantão.

5.3.2. Apoio psicológico

Nesta categoria o entrevistado encaminha o paciente para um profissional específico para o assunto no caso o psicólogo, como forma de intervenção nos sintomas que o paciente apresenta.

VERDE: Trazer conforto em assistência de enfermagem e providenciar profissionais específicos: como assistência mental, psicólogo.

5.3.3. A aproximação

De acordo com esta categoria identificada a atitude da equipe de enfermagem deve ser carinhosa e de aproximação com o cliente como forma de cuidar.

AMARELO: Muitas equipes de enfermagem tendem a ter resistência a este tipo de paciente, mas não deveríamos ter atitudes contrárias e cada vez nos tornar mais próximos.

5.3.4. A humanização

Para alguns entrevistados o processo crescente de humanização como forma de uma atuação mais acolhedora é de respeito para com o paciente e, com isso minimizar os sintomas decorrentes da SC

PRETO: Proporcionar humanização na assistência. Estimular sua autoestima.

5.3.5. A não atuação

O desconhecimento ou descaso do profissional de enfermagem em identificação a SC em UTI favorece o discurso hegemônico biomédico, onde apenas os fatores fisiológicos são evidenciados e implantadas ações, não compreendendo os outros fatores que envolvem os clientes. A não aceitação e a desvalorização dos sintomas apresentados pelo paciente podem levar a um descuidado.

ROXO: Na UTI? Geralmente os pacientes estão sedados, ou caso contrário, transferidos para UI.

5.4. Por que a síndrome de confinamento frequentemente acomete os clientes internados em UTI?

5.4.1. Mudança de comportamento

Nesta categoria, os entrevistados envolvidos no estudo, evidenciam que devido ao confinamento, a uma mudança radical nos comportamentos do paciente poderá ir da depressão para euforia. De acordo com as falas a seguir:

CINZA: Pois se encontram em ambiente fora da sua realidade, do seu contexto social, confinado em seu mundo fora da realidade.

LILÁS: Devido a perda da sua autonomia em relação a sua própria vida.

5.4.2. Invasão do paciente

De acordo com esta categoria o paciente esta na síndrome por estar restringido no setor e os entrevistados definem como principal foco da síndrome.

VERDE: Devido o tratamento serem procedimentos invasivos, monitorização contínua, encontra-se isolados nas unidades perante os aparelhos que auxiliam a sua vida. Assustam e desenvolvem o medo constante.

5.4.3. Espaço restrito

Os depoentes declaram que o confinamento decorre do fato do espaço restrito por qual se encontra o paciente e, todas as reações.

VERMELHO: Devido ao espaço físico abordado em questão, falta de interação enfermeiro (profissional de saúde) x paciente.

PRETO: Pelo longo período que eles se sentem afastados da família e dos amigos.

MARROM: Porque eles ficam no leito, sem janelas, sem relógios, sem família, com muitas pessoas desconhecidas.

5.4.4. A dor como fator do confinamento

As reações dolorosas provocam reações agressivas nos pacientes e é um dos fatores agudos da síndrome de confinamento.

BRANCO: Por conta dos procedimentos e aparelhos.

5.5. Quais os fatores que predis põe os clientes a desenvolverem a síndrome de confinamento?

5.5.1. Dependência total

Os depoentes referem que devido a dependência total por qual passam os pacientes na terapia intensiva começam a criar mecanismos de reações contra tal confinamento. Em conformidade com as falas a seguir.

MARROM: Ficar num local sozinho; muitas vezes só ouvindo, sem poder fazer o que quer, dependendo dos outros a te para fazer as necessidades básicas.

AMARELO: Pessoas ansiosas, com tendência a depressão, ou pouco comunicativas.

LILÁS: Perda do controle sobre sua vida. Relação direta com a Pirâmide de Maslow.

VERDE: Porque é um lugar assustador e feio, e os pacientes têm consciência do que aquele lugar representa, dividido em duas situações – “vida” ou a “morte”.

5.5.2 O medo do desconhecimento

Os depoentes relatam que os pacientes com seus medos, ansiedades, perda da noção do espaço e temporal, prejudicam o nível da consciência dos mesmos conforme descrição abaixo.

PRETO: Medo, ansiedade, estresse, náuseas, sensação de falta de ar, medo de morrer, palpitações.

BRANCO: Redução da visita, ansiedade/mudo pelo desconhecimento.

AZUL: O período de permanência, a visualização dos demais pacientes graves e a compartimentação do tempo dispensado a cada um.

5.5.3. Desconhecimento da síndrome

Alguns inqueridos desconhecem ou não visualizam a síndrome do confinamento dos pacientes internados nas UTIs.

ROXO: Solicito literatura a respeito.

CINZA: Se sentir completamente inerte ao seu mundo.

5.6. Como você atua diante dos familiares do cliente com síndrome de confinamento?

5.6.1. Comunicação com os familiares

Nesta categoria os enfermeiros declaram a importância que a família tem no apoio psico-social do paciente ajuda na reabilitação do mesmo, uma orientação sobre estado de saúde do paciente, sensibiliza a família a participar ativamente em sua recuperação.

BRANCO: Orientando quanto a importância da visita e da auto estima pelo cliente. Facilitando, dentro do possível as visitas.

CINZA: A família é importante para essa pessoa, ajuda a trazê-lo a uma realidade do dia-a dia.

AMARELO: Estimulando a comunicação com o paciente e tentar cada vez mais trazer objetos familiares para o convívio do cliente.

5.6.2. Diminuição do limiar de ansiedade

Os entrevistados em questão observam por que as informações fornecidas dos familiares servem para sanar as dúvidas e diminuir a ansiedade dos mesmos, conforme as falas descritas abaixo.

LILÁS: Diminuir a ansiedade familiar através de orientação.

5.6.3. Acolhimento a família

Nesta categoria os inqueridos informam que um atendimento acolhedor e carinhoso fornece suporte emocional para família, apoiar ao paciente com as declarações a seguir.

VERDE: Proporcionado conforto, explicando a conduta específica em cada situação. Orientando quanto a necessidade da proximidade familiar e cliente é importante para sua reabilitação.

VERMELHO: Apoio emocional e psicológico.

A investigadora optou por fazer uma discussão do estudo no final das falas de todos os entrevistados, como os sabemos a enfermagem é a profissão do cuidar e a cada dia acompanha aos avanços tecnológicos. Os enfermeiros intensivistas a lidarem com pacientes internados no setor devem diagnosticar não só as necessidades fisiológicas afetadas, porém as psicológicas e sociológicas, as quais receberam o conhecimento durante suas graduações, e fazem parte da grade curricular do curso de enfermagem.

Nas falas dos entrevistados percebemos que os enfermeiros identificam, porém, tem dúvidas sobre atuar no cliente com síndrome de confinamento e, com isso, perpetuam uma assistência inadequada. Sabem os fatores que promovem a síndrome de confinamento como tempo de permanência, dor, contenção, falta de comunicação, ausência da presença de familiares, perda de sua autonomia, dependência total de outros, limitações as regras hospitalares, etc.

Os entrevistados ao responderem como atuam com o paciente com síndrome de confinamento destacam o apoio emocional, retirado as dúvidas do paciente e sua família sobre a patologia principal.

Smeltzer e Bare (2005) explicam que todo cliente deve ser tratado como um indivíduo que possui temores e especificações diferentes de outras pessoas. A compreensão e a ajuda a um cliente podem requerer uma abordagem completamente diferente daquela utilizada por outros.

Os inquiridos a serem confrontados quanto ao seu relacionamento com a família do paciente com síndrome do confinamento informaram sanarem as dúvidas dos mesmos por que a família possa atuar junto com a equipe na solução deste problema, porém nem todos valorizam tal participação.

Portanto a síndrome do confinamento deve ser melhor discutidas nos meios acadêmicos para aprofundar a sistematização da assistência de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigadora ao emergir no ambiente restrito das terapias intensivas o enveredou por uma síndrome comportamental, descrita com palavras definidoras como agitações, psicomotor, agressividade, palavras desordenadas, apatia, desânimo, entre outras, porém com o avanço da tecnologia, onde os equipamentos são as soluções para tudo, os profissionais da área de saúde, não conseguem resolver um transtorno comportamental que interfere no tratamento e recuperações do paciente.

A não visualização da síndrome do confinamento prejudica na prevenção, controle e tratamento da mesma; provoca estresse na equipe interdisciplinar e um maior tempo de permanência do paciente no setor.

Através deste estudo proposto os objetivos foram alcançados, pois os enfermeiros entrevistados sabem identificar a síndrome do confinamento, apesar de terem o conhecimento científico sobre o assunto apenas, por experiência profissional, e percebem que o quadro do paciente de retornar o cotidiano de sua vida a síndrome tende a diminuir. O apoio dos familiares é importante e permite uma forma de ajudar a esse paciente que reage ao aprisionamento. Portanto a síndrome de confinamento deve ser melhor investigada com intuito de promover uma assistência adequada a esta clientela específica onde os fundamentos de psicologia e sociologia deve ser posto em prática não apenas o modelo biomédico hegemônico.

É importante que o enfermeiro tenha consciência da sua atuação diante dos clientes com síndrome de confinamento, pois é de grande valia que os mesmos possam entender as necessidades desses clientes que estão vivenciando momentos de fragilidade tanto física quanto emocional. Sendo também fundamental uma avaliação precoce dos sinais e sintomas da síndrome de confinamento para intervir e evitar o progresso e as complicações causadas pela a mesma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BOSI, E. Memória e sociedade: lembranças de velhos. 3ª. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

COSENDEY, Carlos Henrique. Enfermagem médico-cirúrgico. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2004.

DORNELLES, Cláudia. Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais. São Paulo: Artmed Editora, 2003.

FARIAS, I.C. Entrevistas: abordagens e usos da história oral. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1994.

HORTA, W.A. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.

- JORGE, Miguel R. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed Editora, 2003.
- KNOBEL, Elias. Terapia intensiva: enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2006.
- LÜDKE, Menga. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
- NETTINA, Sandra M. Prática Enfermagem. 7, ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- SILVA, Lolita Dopico da. Cuidados ao paciente crítico: fundamentos para a enfermagem. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2004.
- SOARES, L.E. (1994) O Rigor da Indisciplina: ensaios de antropologia interpretativa. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri, SP: Manole, 2005. Série Enfermagem
- STUART, Gail Wiscarz; LARAIA, Michele Teresa. Enfermagem Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Ed., 2002.
- SMELTZER, Suzanne; BARE, Brenda G. Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- SPARKS, Sheila M.; TAYLOR, Cynthia M. Diagnóstico de Enfermagem. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 1996.
- TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
- TORTORA, Gerard J. O corpo humano. São Paulo: Artmed, 2000.
- WALDOW, V.R. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995

A HISTÓRIA DE ENFERMAGEM DESCRITA PELOS DISCENTES DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A HISTORY OF NURSING DESCRIBED BY
STUDENTS OF THE GRADUATE PROGRAMS IN NURSING

Luciane Alves Vercillo

Enfermeira Mestre em Educação - UNESA. Coordenadora do Serviço de Educação Permanente do Centro de Unidades Médicas Integradas Saúde Santa Terezinha-RJ

Iza Cristina dos Santos

Enfermeira Mestre em Enfermagem - UNIRIO. Coordenadora de enfermagem do serviço de educação permanente do Instituto Nacional de Cardiologia

Jacira Florencia de Paula de Moura

Enfermeira Mestre em Enfermagem - UERJ. Enfermeira do programa de atenção à saúde do homem - UERJ/MS.

RESUMO

Estudo descritivo de abordagem qualitativa que consiste na descrição dos fatos importantes da história da enfermagem pelos discentes do curso de graduação em enfermagem através de entrevista aos profissionais de enfermagem. Objetivos: verificar os fatos que influenciaram os discentes na construção da entrevista aos profissionais de enfermagem referente à história da enfermagem; descrever os marcos da história da enfermagem brasileira sobre a ótica dos discentes na construção das entrevistas aos trabalhadores de enfermagem Dos 82 graduandos de uma universidade privada do RJ; após análise dos resultados emergiu duas categorias: dissociação temporal e, associação temporal passado e presente. Concluímos que é necessário estimular o discente a conhecer a história de sua profissão.

Palavras-Chave: história da enfermagem, acadêmicos, profissionais, enfermagem

ABSTRACT

Descriptive study of qualitative approach which consists in describing the important facts of the history of nursing students by the course of studies in nursing by means of the nurses. Objectives: To verify the facts that influenced the students in the construction of the interview to the nursing professionals on the history of nursing; describe the milestones in the history of Brazilian nursing on the perspective of learners in the construction of interviews with employees of the 82 nursing students from a university deprived of RJ, after analysis of the results emerged two categories: temporal dissociation, and association time past and present. We conclude that it is necessary to stimulate the students to know the history of their profession.

Keywords: history of nursing, scholars, professionals, nursing

INTRODUÇÃO

Descrever a história da humanidade nos faz analisar o passado em busca de compreender o presente e planejar o futuro, mais especificamente para a profissão de enfermagem, e desvelar sua história, a história da enfermagem, onde avanços sócio-políticos e econômicos acompanham a evolução da sociedade e, o avanço da medicina e da tecnologia na área da saúde. Para descobrir o que revela o presente deve-se conhecer o passado e buscar informações referentes aos fatores positivos e negativos que atuaram na evolução da profissão de enfermagem.

De acordo com GEOVANINI, LIMA & SCHERER na história da Humanidade as únicas referências que encontramos concernentes aos primórdios da profissão de enfermagem estão relacionadas com a prática domiciliar de partos e a atuação pouco específica de mulheres de classe social elevada que dividiam as atividades dos templos com os sacerdotes, são as práticas de saúde no período mágico-sacerdotais. Havia uma relação íntima entre o misticismo e a saúde desenvolvida pelos sacerdotes nos templos. Com o surgimento dos princípios filosóficos e matemáticos que ocorreu por volta do século V a.C. houve a separação gradual da saúde da religiosidade; e, iniciando o período do alvorecer da ciência, para saúde, o período hipocrático, porém a história da enfermagem ficou oculta na história das práticas de saúde nos primórdios da humanidade. As práticas de saúde no mundo moderno analisam as ações de saúde e, em especial, as de Enfermagem, sob a ótica do sistema político-econômico da sociedade capitalista e industrial que florescia principalmente na Inglaterra. Ressaltam o surgimento da Enfermagem como atividade profissional institucionalizada iniciada com a Revolução Industrial no século XVI onde a camponês agora operário compromete a produção com sua doença, implicando em ações do Estado para satisfazer o capitalista industrial em ascensão, e culmina com o surgimento da Enfermagem moderna na Inglaterra, no século XIX.

Após a guerra, Florence fundou uma escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, que passou a servir de modelo para as demais escolas que foram fundadas posteriormente. A disciplina rigorosa, do tipo militar, era uma das características da escola nightingaleana, bem como a exigência de qualidades morais das candidatas. O Sistema Nightingale de Ensino: consiste dos seguintes pontos essenciais estabelecidos: 1º. Direção da escola por uma enfermeira, 2º. Mais ensino metódico, 3º. Seleção de candidatos do ponto de vista físico, moral, intelectual e aptidão profissional. No legado de Florence, o ensino de Enfermagem progride, a Enfermagem surge não mais como uma atividade empírica, desvinculada do saber especializado, mas como uma atividade disciplinadora e científica, constituindo-se como uma prática social institucionalizada e específica para atender as necessidades do hospital. E uma profissão eminentemente feminina pois Florence queria uma opção para o papel da mulher na sociedade, não só esposa dedicada e mãe afetuosa, e sim uma profissão no qual a mulher pudesse sobreviver e participar de sua relação com o mundo em crescente expansão GEOVANINI(2005) LIMA (1993).

No Brasil somente com a iniciativa do então diretor Carlos Chagas, e com a cooperação da Fundação Rockfeller, chegou ao Rio, em 1921, um grupo de enfermeiras norte-americanas visitadoras que iniciou um curso intensivo para a formação das primeiras enfermeiras brasileiras no padrão nightingaleanos e assim é fundada a Escola de enfermagem Anna Nery que posteriormente passa a ser padrão nacional de qualidade no ensino de enfermagem, e é copiada em todo o Brasil. As primeiras alunas da Escola de Enfermagem Anna Nery foram logo contratadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, tendo início um trabalho de educação sanitária nos setores de profilaxia da tuberculose e higiene infantil, estendendo-se depois, à higiene pré-natal e visitação aos portadores de doenças transmissíveis. Entretanto com a industrialização brasileira paulatinamente as enfermeiras trocam o serviço de saúde pública preventivo, para o curativo e atuam restritamente nos hospitais, graças a política de favorecimento do crescimento dos hospitais para atender a indústria farmacêutica em expansão e as necessidades de cada categoria profissional do país, que dispunha de um hospital próprio. As várias divisões do trabalho de enfermagem interferem na força política e na realidade pela qual é vista pela sociedade brasileira. GEOVANINI (2005), LIMA (1993), PAIXÃO (1963).

Diante desses fatos a disciplina de História da Enfermagem vem estimular os discentes a descobrir a história da profissão escolhida e compreender que as práticas político-sócio-econômicas interferem na profissão, e como os discentes analisam o contexto histórico da enfermagem para a atual perspectiva da profissão no Brasil e no mundo. Objeto de estudo consiste na descrição dos fatos importantes da história da enfermagem pelos discentes do curso de graduação em enfermagem por meio de entrevista aos profissionais de enfermagem. Justifica-se esse estudo pelo fato que a partir da década de 70, a renovação dos estudos históricos, passou a ocorrer em escala mundial. O ressurgimento do interesse dos estudiosos e do público em geral pelos temas históricos ocorreu no Brasil a partir da década de 80, com a abertura política. O ensino de História da Enfermagem, em relação ao conteúdo, não pode consistir numa sucessão de nomes de pessoas que exerceram atividades de enfermagem e relacionados aos quais, simultaneamente, sejam citados fatos e acontecimentos sem que fosse apresentada uma compreensão integrada de todos esses elementos nos distintos cenários ao longo do tempo. Nessa perspectiva, já se reconhecia, na década de oitenta, que o ensino da disciplina História da Enfermagem não fazia apelo ao estudante. E para estimular este apelo nada mais importante do que os discentes entrevistarem profissionais enfermeiros sob égide dos trabalhadores que fazem a história de enfermagem acontecer. PAIXÃO (1963), BARREIRA (1995).

As questões norteadoras são: Quais os fatos importantes da história da enfermagem de interesse dos discentes na entrevista aos profissionais de enfermagem? Quais os fatos marcantes para os discentes da história da enfermagem no Brasil na entrevista aos profissionais de enfermagem? Diante do exposto os seguintes objetivos são: a) verificar os fatos que influenciaram os discentes na construção da entrevista aos profissionais de enfermagem referente à história da enfermagem; b) descrever os marcos da história da enfermagem brasileira sobre a ótica dos discentes do Curso de Enfermagem na construção das entrevistas aos trabalhadores de enfermagem.

REVISÃO DE LITERATURA

Nas épocas medievais a enfermagem aparece como uma prática leiga, na época renascentista a enfermagem não era atrativa para mulheres de classe social elevada, pois os hospitais eram conhecidos como depósitos de doentes independente do gênero e idade, ficavam todos alocados no mesmo espaço físico. Com a progressão do capitalismo foi dada mais importância a enfermagem considerando como uma atividade profissional majoritariamente exercida por mulheres, onde os as pessoas com alto poder aquisitivo eram cuidadas em casa enquanto que nos hospitais os pobres eram tratados em benefícios dos ricos, pois os mesmos eram muitas vezes utilizados como “cobaias” na experimentação de novo tratamento. A enfermagem passa a ter maior atuação quando Florence Nightingale é convidada pelo Ministro da Guerra da Inglaterra para trabalhar junto aos soldados feridos na Guerra da Criméia onde os soldados se encontravam em abandono e a mortalidade era de 40%. Florence e mais 38 voluntárias foram atuar no atendimento aos soldados ingleses feridos, e com a sua ação a mortalidade caiu de 40% para 2% foi chamada pelos soldados de “anjo da guarda” e ficou conhecida como “Dama da Lâmpada”, pois conforme relato de vários soldados ingleses à noite Florence com a lamparina na mão saía percorrendo as enfermarias atendendo os doentes. GEOVANINI (2005), PAIXÃO (1963).

De acordo com PAIXÃO (1963), sob exploração deliberada, considerada um serviço doméstico, pela queda dos padrões morais que a sustentava, a prática de enfermagem tornou-se indigna e sem atrativos para as mulheres de casta social elevada. Esta fase tempestuosa, que significou uma grave crise para a Enfermagem, permaneceu por muito tempo e apenas no limiar da revolução capitalista é que alguns movimentos reformadores, que partiram, principalmente, de iniciativas religiosas e sociais, tentam melhorar as condições do pessoal a serviço dos hospitais. As práticas de saúde no mundo moderno analisam as ações de saúde e, em especial, as de Enfermagem, sob a ótica do sistema político-econômico da sociedade capitalista. Ressaltam o surgimento da Enfermagem como atividade profissional institucionalizada. Esta análise inicia-se com a Revolução Industrial no século XVI e culmina com o surgimento da Enfermagem moderna na Inglaterra, no século XIX.

Enfocando o profissionalismo, "o processo profissional da enfermagem apresenta uma perspectiva política (...) e os agentes de enfermagem devem evitar o erro de desenvolver suas ações sem verificar qual o peso material e psicológico que incide sobre as diferenças e como essas peculiaridades afetam a vida das pessoas". Com o desenvolvimento tecnológico dos séculos XX e XXI, eclodiu um movimento dos enfermeiros para defender um cuidado mais humano, sensível e holístico. A partir de então se tem focado o conceito de toque. BARREIRA (2005), SANTOS & PERILLO (2006).

Em consonância com BARREIRA (2005), SANTOS & PERILLO (2006). Os estudos históricos interessam à enfermagem, pois a construção de uma memória coletiva é o que possibilita a tomada de consciência do que somos realmente, enquanto produto histórico, o desenvolvimento da auto-estima coletiva e a tarefa de (re) construção da identidade profissional.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, onde o público alvo são alunos do terceiro período de curso de graduação em enfermagem, que estão cursando a disciplina história da enfermagem, em um centro universitário de uma instituição privada. A pesquisa descritiva procura observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os fatos ou fenômenos (variáveis), sem que o pesquisador interfira neles ou os manipule. A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas características está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. Destacam-se também na pesquisa descritiva aquelas que visam descrever características de grupos (idade, sexo, procedência etc.), como também a descrição de um processo numa organização, o estudo do nível de atendimento de entidades, levantamento de opiniões, atitudes e crenças de uma população. GIL (2002).

Este tipo de pesquisa tem como objetivo fundamental a descrição das características de determinada população ou fenômeno. O público alvo são graduandos de enfermagem do 3º período de Graduação em Enfermagem que cursam a disciplina História da Enfermagem em uma universidade privada localizada no município do Rio de Janeiro. Método de coleta: os alunos foram orientados a procurar os fatos mais interessantes para os mesmos sobre a história da enfermagem e a partir desse foco que construísssem perguntas relevantes para os mesmos e, a seguir entrevistassem profissionais de enfermagem (técnico de enfermagem e enfermeiro) com as perguntas construídas. Os 90 alunos inscritos na disciplina nos turnos manhã, tarde e noite que aceitaram participar do estudo, visto não ser obrigatório, estavam cientes que sua identidade não seria revelada, e o projeto sofreu análise e posterior aprovação pelo comitê científico e ético da instituição educacional privada. Cabe ressaltar que cada aluno também construiu um termo de consentimento livre e esclarecido a ser assinado pelo profissional de enfermagem antes de começar a entrevista.

ANALISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram analisadas as perguntas e respostas de 82 alunos, onde o número menor se deve ao fato de posterior recusa em participar, licença médica e transferência de universidade. Os discentes receberam números e sua identidade foi protegida conforme rege a resolução 466/2012.

Da análise emergiram as seguintes categorias:

Dissociação com o tempo: onde os discentes (85%) construíram perguntas semelhantes as questões levantadas em sala de aula sem aplicar o raciocínio clínico para associar os fatos históricos com o tempo atual, apenas formulando perguntas de forma tradicional. Como: Cite os cuidados implementados por São Camilo de Lellis? (aluno 15) Qual o papel das damas de caridade para a enfermagem? (aluno 26), Cite os fatos marcantes de São Vicente de Paulo? (aluno 54)

O corpo discente das instituições universitárias, pela inexperiência, falta de estímulo de valorização da profissão quer pela academia ou pelos profissionais da prática, pela imaturidade não conseguiram associar os fatos do passado com os fatos político-sócio-econômicos do presente e sua repercussão na profissão e não entendem a realidade da profissão que escolheram.

Associação temporal passado e presente. Onde os discentes (15%) utilizaram os conhecimentos aprendidos em sala de aula e construíram perguntas onde o passado era uma linha de entendimento para o presente e possibilidades para o futuro. Esses discentes compreenderam que para analisar os fatores que influenciaram na construção da profissão de enfermagem onde os fatos históricos mundiais influenciados pela economia e política foram importantes. Descreveram perguntas como: Como o período crítico da enfermagem, onde houve a mudança do religioso caridoso para o leigo mundano afetou a profissão? (aluno 2) Você acha que o envolvimento da enfermagem com a Igreja Católica influenciou na valorização profissional da mesma? (aluno 78)

Numa perspectiva de compreendê-lo como sujeito ativo de expressão de seus sentimentos, tanto da elaboração do conhecimento teórico, quanto das experiências práticas, partindo de vivências pessoais, de grupo ou de turma. Com isso o aluno passa a compreender melhor a história da profissão que abraçou. BARREIRA (2005).

Os discentes comentaram a extrema dificuldade de construir perguntas pelo fato de não estarem acostumados com a temática e associá-la com a atualidade.

Nas entrevistas os mesmos ficaram surpresos com o pouco ou nenhum interesse pela temática apesar de saber que é relevante para a profissão. Os mesmos relataram que a dificuldade dos entrevistados em responder as perguntas por não ter conhecimento da temática que foi pouco aprofundada quer na escola de enfermagem para os técnicos de enfermagem como na faculdade de enfermagem para os enfermeiros.

Os discentes devem compreender através dos fatos históricos que a Enfermagem é uma profissão reconhecida socialmente e detentora de um corpo de conhecimento científico que fundamenta o exercício profissional do enfermeiro e dos demais integrantes da profissão e somente com a valorização do seu passado pode-se avançar no presente e planejar o futuro.

CONCLUSÃO

Os estudos históricos interessam sobremaneira à enfermagem, pois a construção de uma memória coletiva é o que possibilita a tomada de consciência daquilo que somos realmente, enquanto produto histórico, o desenvolvimento da auto-estima coletiva e a tarefa de (re) construção da identidade profissional. Assim, o desvelamento da realidade mediante o estudo da História da Enfermagem é libertador e permite um novo olhar sobre a profissão. Esse olhar deve permitir vislumbrar as possibilidades de expansão da profissão, com profissionais conscientes de sua história e tendo como exemplo Florence que alçou vôo ao construir um corpo de conhecimentos próprios que formaram a primeira teoria de enfermagem, base até hoje das demais teorias.

A criação de núcleos de pesquisa de História da Enfermagem Brasileira nas escolas de enfermagem foi decisiva ao incremento da produção científica e à sua produção. Assim sendo, uma melhor compreensão da trajetória dessa profissão, necessária à formação de uma consciência crítica, depende também do interesse e da consciência que se tiver das relações passado/presente, o que faz com que se valorizem os papéis históricos, como atores que participam do movimento da história. PAIXÃO (1963).

Os alunos devem compreender que somente construindo sua história, a enfermagem poderá planejar um futuro adequado na comunidade científica.

Os objetivos do estudo foram contemplados, pois, na análise das perguntas os discentes demonstraram maior interesse e incidência na história da enfermagem do mundo, sendo que no Brasil as perguntas mais incidentes foram sobre Ana Néri.

Na Enfermagem, quanto mais profissionais levantarem a bandeira na valorização da profissão, maior será a participação da enfermagem nas políticas de saúde do país. Essa situação se consolida, pois as ações desempenhadas pelos profissionais vêm obtendo reconhecimento tanto dos usuários, quanto dos gestores de serviços de saúde, refletindo um novo status para a profissão, o que serve de estímulo para o interesse na inserção de novos profissionais no mercado de trabalho. Além disso, a ampliação das frentes de trabalho para os profissionais de enfermagem vem contribuindo para o aumento na demanda de candidatas à profissão, das mais diversas camadas da sociedade, aumentando a procura de cursos de enfermagem.

Com discentes mais conscientes do papel que sua profissão desempenha, construídas por meio do conhecimento de sua história, configura positivamente na formação de profissionais de enfermagem conscientes dos fatores que rodeiam a profissão. As sensibilizações do aluno norteadas pelas perguntas e respostas, estimularam o discente a conhecer e a compartilhar a história da enfermagem com a história dos profissionais de enfermagem e de sua própria história.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

GEOVANINI, Telma;...(et.ali.) História da Enfermagem : versões e Interpretações. Rio de Janeiro, Revinter, 2005
LIMA MD. O que é enfermagem. São Paulo: Editora Brasiliense; 1993

.SCHERER, Zeyne Alves Pires ; SCHERER, Edson Arthur; CARVALHO, Ana Maria Pimenta Reflexões sobre o ensino da enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão Rev. Latino-Am. Enfermagem v.14 n.2 Ribeirão Preto mar./abr. 2006

PAIXÃO, W. Páginas da história da enfermagem. 3 ed. Rio de Janeiro: Bruno Buccini, 1963.

BARREIRA, I.A. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. Rev Latino-am Enfermagem 1995 julho; 7(3):87-93

SANTOS, Débora Naves, & PERILLO, Rosângela Durso, História da enfermagem: um olhar fotográfico. Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix, Dezembro de 2006,

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

Jacira Florencia de Paula de Moura

Enfermeira Mestre em Enfermagem - UERJ. Enfermeira do programa de atenção à saúde do homem - UERJ/MS.

Luciane Alves Vercillo

Enfermeira Mestre em Educação - UNESA. Coordenadora do Serviço de Educação Permanente do Centro de Unidades Médicas Integradas Saúde Santa Terezinha-RJ

Iza Cristina dos Santos

Enfermeira Mestre em Enfermagem - UNIRIO. Coordenadora de enfermagem do serviço de educação permanente do Instituto Nacional de Cardiologia

RESUMO

Consiste na identificação dos fatores que incidem na saúde desta comunidade; pois cuidar da saúde da população e, em particular de uma pequena comunidade, é uma função de prevenção e promoção da saúde. Pois assumir a responsabilidade de cuidar da saúde coletiva é compreender todo o espaço que aquele ser humano vive, trabalha e se relaciona com os outros membros desta comunidade. O objeto do estudo são as ações básicas de saúde realizada pelo enfermeiro com a participação da comunidade neste processo de educação para saúde. Cabe refletir sobre as práticas de saúde empregadas no atendimento das necessidades básicas de uma comunidade, bem como a aplicação prática dos programas de saúde como: hipertensão, diabetes e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Objetivos do estudo desta pesquisa são: identificar a população que participa das ações básicas na comunidade, detectar qual a ação básica realizada pelos enfermeiros de maior incidência na comunidade, analisar o motivo da maior incidência de determinada ação básica na comunidade. Pesquisa descritiva, participante de abordagem quantitativa, onde o cenário foi na associação de moradores de Del Castilho, bairro proletário do subúrbio do Rio de Janeiro. Público alvo: são os moradores residentes nos conjuntos habitacionais no bairro de Del Castilho, foram coletados dados referentes aos participantes do evento para determinar as ações de saúde de maior incidência para traçar uma proposta de ação de saúde baseada nas necessidades afetadas da clientela. As Ações Básicas de saúde na comunidade foram realizadas nos dias 04 de junho de 2005 e 07 de setembro de 2005, com o apoio da Associação de Moradores e Amigos de Del Castilho (AMA). Tais eventos sociais consistem na disponibilização de serviço de educação e promoção da saúde, tais como: palestras e distribuição de material informativo, serviços de verificação de glicemia, pressão arterial, identificação de grupo sanguíneo. Após a realização dos eventos segue-se análise conjugada das informações obtidas nos dois eventos realizados. A maioria expressiva dos participantes dos dois eventos pertence ao gênero feminino. Na comunidade de Del Castilho a hipertensão arterial é um fator preponderante 41% no 1.º evento realizado e 45% no 2.º evento. Em relação ao peso e altura dos participantes foi evidenciado que uma parcela considerável dos moradores 61% do 1.º evento e 54% do 2.º evento estão acima do peso, fato constatado quando os acadêmicos de enfermagem realizaram o cálculo do índice de massa corpórea. Com relação a variação glicêmica

dos participantes do 2.º evento, verificou-se que 46% apresentaram hiperglicemia, fato que comprova ser a diabetes uma das doenças provocadas pela industrialização, pelo sedentarismo, estresse, alimentação inadequada dentre outros fatores que a colocam como um das doenças crônicas degenerativas mais agravantes. Esta pesquisa aponta para a necessidade do profissional de saúde e em particular do enfermeiro, das autoridades de saúde de repensarem a interação profissional / usuário nos moldes que vem acontecendo atualmente e para a necessidade de mudanças no modo de pensar e agir em relação ao cliente, um ser humano holístico com seu modo de viver e de pensar querendo ser ouvido e, aguardando alguém para escutá-lo com ele.

Palavras Chave: saúde coletiva, enfermagem e comunidade.

ABSTRACT

It consists in identifying the factors that influence the health of this community; for caring for the health of the population and in particular of a small community, is a function of prevention and health promotion . Therefore assume the responsibility of taking care of public health is to understand all the space that humans live, work and relate to other members of this community . The object of the study are the basic health held by nurses with community participation in this process of health education . It is worth reflecting on health practices employed in meeting the basic needs of a community as well as the practical implementation of health programs such as hypertension, diabetes and prevention of sexually transmitted diseases , established by the Ministry of Health Objectives of this research are : identify the population participating in the community of basic actions , which detect the basic action performed by nurses with the highest incidence in the community , analyze the reason for the higher incidence of certain basic action in the community . Descriptive research participant quantitative approach, where the scenery was the association of residents of Del Castilho, proletarian neighborhood suburb of Rio de Janeiro. Target audience: residents are living in housing estates in the Del Castilho neighborhood data were collected to event participants to determine health actions for greater incidence draw a proposal for health action based on the needs of customers affected. The Basic Steps of health in the community were held on June 4, 2005 and September 7, 2005, with the support of the Association of Residents and Friends of Del Castilho (AMA) . Such social events consist of the provision of education and health promotion services such as lectures and distribution of informational materials, verification services glucose , blood pressure , blood group identification . After completion of the events follows combined analysis of the information obtained in the two events held. A significant majority of participants in both events belong to the female gender. In Del Castilho community hypertension is a major factor in 41 % 1 . Event held ° and 45 % in 2 . ° event. Regarding weight and height of participants was evident that a considerable number of residents 61 % of 1 . ° event and 54% of 2 . ° event are overweight , a fact confirmed when the nursing students performed the calculation of body mass index body .. With respect to glycemic variations of participants 2 . ° event, it was found that 46 % had hyperglycemia , a fact that proves to be one of the diabetes disease caused by industrialization , by sedentary lifestyle , stress , improper diet and other factors that place as one of the most aggravating chronic degenerative diseases . This research points to the need for health professionals and nurses in particular , the health authorities to rethink professional interaction / user in a way that is currently happening and the need to change the way of thinking and acting in relation to the client , a holistic human being with their way of living and thinking and wanting to be heard , waiting for someone to listen to him with it.

Keywords: public health, nursing and community

INTRODUÇÃO

O presente estudo consiste na participação do Graduando de Enfermagem nas Ações Básicas de saúde em sua comunidade. Sua preocupação foi identificar os fatores que incidem na saúde desta comunidade. Pois cuidar da saúde da população e em particular de uma pequena comunidade, é uma função de prevenção e promoção da saúde. "Segundo GUATTARI (1991) tratar os problemas de saúde no coletivo significa ver o homem em três (3) diferentes ecologias: na ecologia dele mesmo, dele com o outro, dele com a natureza. Pois assumir a responsabilidade de cuidar da saúde coletiva é compreender todo o espaço que aquele ser humano vive, trabalha e se relaciona com os outros membros desta comunidade".

A preocupação com a saúde da comunidade estimulou a buscar meios para ajudá-los e conscientizá-los sobre a sua saúde e prevenir a doença. E as ações básicas de saúde divulgadas pelo Ministério da Saúde como prevenção da Hipertensão Arterial e Diabetes, combate às neoplasias, prevenção e controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), proporcionam um suporte teórico para promover eventos baseados nestes temas. O Ministério da Saúde oferece material para a prevenção destas doenças e, foi através deste material que o pesquisador pode realizar as Ações de Saúde na sua comunidade. Ao percorrer os vários órgãos públicos em busca de material (cartaz, panfletos, cartões, preservativos), para a realização do evento, houve receptividade destes órgãos em fornecer todo suporte para tal evento. E com isso o pesquisador pode realizar o seu intento na promoção de uma ação social de saúde em sua comunidade.

A partir da vivência como graduando de enfermagem, e em contato mais próximo com a comunidade, percebemos que freqüentemente os objetivos propostos nas ações de educação em saúde, tinham uma perspectiva de mudança de comportamento que, na maioria das vezes, não era atingida ou o era parcialmente, apresentando efeitos imediatos e transitórios.

Acreditamos também que na enfermagem, na maioria das vezes, as ações educativas também ocorrem de forma acrítica, fazendo com que o enfermeiro torne-se um repassador de informações, sem ao menos fazer uma reflexão crítica a respeito das políticas oficiais de saúde, vinculadas à realidade local.

O objeto deste estudo são as Ações básicas de saúde realizada pelo enfermeiro com a participação da comunidade neste processo de educação para saúde.

Cabe refletir sobre as práticas de saúde empregadas no atendimento das necessidades básicas de uma comunidade, bem como a aplicação prática dos programas de saúde como: Hipertensão, Diabetes e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, estabelecidos pelo Ministério da Saúde, permitindo tanto o enfermeiro como os graduados de enfermagem que participem ativamente dessas ações básicas de saúde na coletividade. Possibilita a população a adquirir conhecimentos relativos a prevenção e promoção de saúde, diminuindo a probabilidade de internação hospitalar e reduzindo os custos hospitalares, com o diagnóstico precoce e tratamento a nível ambulatorial.

Os objetivos desta pesquisa são:

1. Identificar a população que participa das Ações Básicas na comunidade.
2. Detectar qual a Ação Básica realizado pelos enfermeiros de maior incidência na comunidade.
3. Analisar o motivo da maior incidência de determinada Ação Básica na comunidade.

AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE

ATENÇÃO BÁSICA é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no Grupo Assistência Básica da tabela do SIA/SUS, quando da implantação do Piso de Atenção Básica. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente. (Ministério da Saúde, pág. 4,1998)

Segundo a Portaria 3925/98, a organização da Atenção Básica, tem como base a Lei n.º 8080, tem como fundamento os princípios do SUS, a seguir referidos:

- Saúde como direito - a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva.

- Integralidade da assistência - entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema;

- Universalidade - acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

- Equidade - igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população;

- Resolutividade - eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adstrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta;

- Intersetorialidade - desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos;

- Humanização do atendimento - responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade e estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população;

- Participação - democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social, na gestão do sistema.

E somente a partir da Constituição de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias vêm sendo tomadas para viabilização do novo sistema. Destacam-se, no âmbito jurídico-institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (n.8.080/90 e 8142/90), o Decreto N.º 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas editadas em 1991, 1993 e 1996.

A Norma Operacional Básica - NOB/SUS - 01/96, é fruto de um amplo processo democrático que possibilitou a participação de diferentes segmentos da sociedade - em especial dos gestores das três esferas de governo e do Conselho Nacional de Saúde, é decorrente da experiência obtida com a aplicação da NOB/93, que possibilitou o fortalecimento do SUS ao impulsionar significativamente o processo de descentralização no país.

Dentre as normas destaco o desenvolvimento de ações educativas onde as normas e metas planejadas pode auxiliar o enfermeiro na desenvolver sua assistência na comunidade ao qual está inserido como:

- Desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde/ doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida.
- Divulgação de informações e orientações sobre a maneira de evitar o aparecimento de doenças ou de suas sequelas, através da mídia e ou de eventos, palestras, etc.
- Divulgação de informações e orientações educativas para pais e/ou responsáveis sobre a prevenção de acidentes por agravos externos e violências, prioritariamente na infância e adolescência.
- Divulgação de informações e orientações educativas para prevenção da gravidez na adolescência, DST/AIDS, uso de drogas, prevenção de câncer de colo uterino e mama.

- Divulgação de informações e orientações educativas direcionadas para empregadores e trabalhadores visando a redução da morbi-mortalidade por acidentes e doenças do trabalho.
- Divulgação de informações e orientações educativas em saúde bucal
- Desenvolvimento de atividades de comunicação e educação em vigilância sanitária, visando maior participação da sociedade na defesa e melhoria da qualidade de vida e o controle social
- Desenvolvimento de parceria com a sociedade no controle da qualidade do meio ambiente.
- Conscientização e mobilização da comunidade para o exercício de seu papel como colaboradora nas ações de melhoria da saúde .
- Redução da morbi--mortalidade por agravos externos e violência.
- Redução da incidência de gravidez, DST/AIDS e uso de drogas na adolescência e identificação precoce de câncer de colo uterino e mama.
- Redução dos índices de morbi- mortalidade por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.
- Redução da cárie dental de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde.
- Controle social mais efetivo com relação à defesa da qualidade de vida.
- Efetivação de parcerias com a sociedade e democratização do conhecimento sobre a saúde.
- Desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou manutenção de doenças e danos evitáveis.
- Intervenção sobre o ambiente no sentido de evitar o acúmulo de lixo, de águas servidas e de água destampado.
- Controle de populações animais (insetos, ratos e outros roedores, cachorros, etc.) que se caracterizam como vetores ou reservatórios de doenças que acometem o homem.
- Identificação dos grupos de riscos que deverão ser acompanhados diferenciadamente, utilizando o cadastramento da população e outros instrumentos necessários.
- Redução das taxas da morbi - mortalidade.
- Redução de situações de risco à saúde de indivíduos e grupos populacionais.
- Investigação de casos de doenças de notificação compulsória e adoção de procedimentos que venham a interromper a cadeia de transmissão.
- Diagnóstico clínico e coleta de material para exames, bem como seu envio a laboratórios de referência.
- Identificação e investigação de comunicantes, com encaminhamento para tratamento de novos casos suspeitos encontrados.
- Execução de bloqueio vacinal ou quimioterápico, quando for o caso .
- Identificação de fatores ambientais, alimentares e outros que possam ter provocado ou contribuído para o aparecimento do agravo investigado e coleta de material para envio a laboratórios.

- Controle das doenças de notificação compulsória.
- Desenvolvimento de ações de controle da qualidade de produtos e serviços, em especial a de alimentos e serviços de saúde.
- Inspeção sanitária em estabelecimentos que lidam com a produção e/ou comercialização de bens e de prestação de serviço de interesse da saúde.
- Coleta de amostras de água para diálise e de produtos sujeitos à Vigilância Sanitária.
- Melhoria dos serviços prestados e produtos oferecidos pelos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária.
- Diminuição dos erros e falhas na prestação dos serviços e na qualidade dos produtos, pelos estabelecimentos.
- Redução de situações de risco à saúde de indivíduos e grupos populacionais.
- Desenvolvimento de ações de controle da qualidade da água para consumo
- Coleta de amostra da água para consumo humano.
- Parceria com outros órgãos de governo para interferir nos fatores que comprometem a qualidade da água.
- Melhoria da qualidade da água, reduzindo os riscos da utilização da água imprópria para uso.
- Redução da morbi -mortalidade associada à obesidade

BREVE RELATO SOBRE O SURGIMENTO DA AÇÃO COMUNITÁRIA NO RIO DE JANEIRO

A Ação Comunitária do Brasil do Rio de Janeiro é uma organização social sem fins lucrativos reconhecida como de utilidade Pública Federal e Estadual, registrada no Conselho Nacional de Assistência Social e no Conselho Municipal da Criança e Adolescente.

Foi fundada há quase 40 anos por pessoas físicas e jurídicas preocupadas em melhorar a qualidade de vida de segmentos populacionais residentes em favelas e em conjuntos habitacionais populares no Rio de Janeiro. Daí o seu pioneirismo na área de responsabilidade social, no País.

Em determinado momento de sua história, a instituição chegou a atuar simultaneamente, em 64 favelas e 16 conjuntos habitacionais através de atividades de organização comunitária e de iniciação profissional, beneficiando mais de 150.000 (cento e cinquenta mil) pessoas que tiveram oportunidades de desenvolver suas capacidades. A este respeito, são muitos casos de sucesso que tem para contar, cuja memória está disponível para estudiosos e pesquisadores interessados.

A Ação Comunitário do Brasil do Rio de Janeiro, tem como missão promover e defender direitos de cidadania de milhares de brasileiros excluídos social, econômica e culturalmente do desenvolvimento do País, principalmente criança, adolescente, jovens e respectivos familiares responsáveis em situação de vulnerabilidade e/ou risco pessoal e social. Realiza e contribui com atividades sócio-educativas, visando o crescimento desses, o resgate da auto-estima, a conquista da autonomia, apostando na sua capacidade e potencial de desenvolver-se e fazer escolhas conscientes e responsáveis.

A ACB/RJ participa de redes de solidariedade, concebe e estimula a realização de políticas sociais inovadoras, que sejam universalizáveis.

O ENFERMEIRO E O TRABALHO DESENVOLVIDO NA COMUNIDADE

Na década de 20 deste século, os serviços de saúde pública, que tinham como objetivo o controle do ambiente, na proposta de Emílio Ribas e Osvaldo Cruz, passam por uma reformulação ocasionada pelas mudanças das necessidades que a sociedade apresentava e o enfoque volta-se à educação em saúde. Contudo, necessitava-se de pessoal preparado para atuar nas medidas de saúde que vinham sendo tomadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, principalmente no controle das endemias que se instalavam no país e atingiam grande parte da população. Neste período, o Departamento Nacional de Saúde Pública, juntamente com a Fundação Rockfeller, organizou um serviço de enfermeiras de Saúde Pública, sob a direção de enfermeiras norte-americanas. É criada a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública-DNSP, pelo Decreto 15.799, de 10 de novembro de 1922, que em 1926 passou a denominar-se Escola de Enfermeiras Dona Anna Nery, no Rio de Janeiro (COLLET; ROCHA, 1996). O trabalho do profissional da área de saúde nos dias atuais, transcende o próprio ambiente hospitalar. Médicos ou enfermeiros ambos precisam despir-se dos valores pré-estabelecidos e rever esses valores, como os habituais receituários, diagnósticos de sintomas, recomendações, etc.

Para atuar, ou melhor, assumir o desafio, ele deve estar presente, fazendo parte da vivência do paciente, que não quer apenas uma opinião sobre aquela dor física, mas poder ter sua participação ou posição sobre o mal-estar enquanto cidadão diante das dificuldades cotidianas.

O enfermeiro consciente do seu papel irá atuar como suposto, fazendo ressurgir na saúde coletiva, partilhando o reflexo da nossa organização social. Contudo é individual a relação que estabelece com a doença traz à tona um complexo de postura e atitudes com a vida que, muitas vezes nem temos consciência.

3.1. O Enfermeiro no atendimento do cliente diabético

O DM vem aumentando sua importância pela crescente prevalência. Calcula-se que, em 2025, possam existir cerca de 11 milhões de diabéticos no País, o que representa um aumento de mais de 100% em relação aos atuais 5 milhões de diabéticos, no ano 2000. No Brasil, os dados do estudo multicêntrico sobre a prevalência de diabetes (1987/89) demonstraram uma prevalência de 7,6% na população de 30 a 69 anos. Estudo recente, realizado em Ribeirão Preto (SP), demonstrou uma prevalência de 12% de diabetes nessa população (Ministério da Saúde, 2002, pág. 10).

O Diabetes mellitus - DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As consequências do DM, a longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (Ministério da Saúde, 2002, pág. 10)

Através de relato de vários autores (BRUNNER & SUDARTH, NETTINA, MINISTÉRIO DA SAÚDE et alli) o rastreamento do DM consiste na detecção dos sinais e sintomas com: poliúria, nictúria, polidipsia, boca seca, polifagia, emagrecimento rápido, fraqueza, astenia, letargia, prurido vulvar ou balanopostite, diminuição brusca da acuidade visual, achado de hiperglicemia ou glicosúria em exames de rotina.

Sinais ou sintomas relacionados às complicações do DM: proteinúria, neuropatia periférica, retinopatia, ulcerações crônicas nos pés, doença vascular arterosclerótica, impotência sexual, paralisia oculomotora, infecções urinárias ou cutâneas de repetição, etc.

Segundo O Ministério da Saúde (2002, pág. 25), o diagnóstico de DM pode ser feito diante das seguintes situações: a) sintomas clássicos de DM e valores de glicemia de jejum iguais ou superiores a 126 mg/dl; b) sintomas clássicos de DM e valores de glicemia realizada em qualquer momento do dia, iguais ou superiores a 200 mg/dl; c) indivíduos assintomáticos, porém com níveis de glicemia de jejum iguais ou superiores a 126 mg/dl, em mais de uma ocasião; d) indivíduos com valores de glicemia de jejum menores que 126 mg/dl e, na segunda hora, após uma sobrecarga com 75 g de glicose via oral, iguais ou superiores a 200 mg/dl.

O enfermeiro deve ter o conhecimento científico sobre a diabetes mellitus e técnico para realizar os exames e uma anamnese no cliente em busca de achados, para detecção precoce da doença e na promoção de educação para saúde para a população dentro das respectivas comunidades aos quais estão inseridas, de maneira que o público compreenda a gravidade desta doença.

Dê preferência informar sobre as conseqüências do DM e HA não tratados ou mal controlados. Reforçar a importância da alimentação como parte do tratamento. Esclarecer sobre credices, mitos, tabus e alternativas populares de tratamento. Desfazer temores, inseguranças e ansiedade do paciente. Enfatizar os benefícios da atividade física. Orientar sobre hábitos saudáveis de vida. Ressaltar os benefícios da automonitoração, insistindo no ensino de técnicas adequadas e possíveis. Ensinar como o paciente e sua família podem prevenir, detectar e tratar as complicações.

Na educação para saúde preconizada com uma estratégia de ação do Programa Atenção básica a saúde ensinar claramente como detectar os sintomas e sinais de complicações crônicas, em particular nos pés. Ressaltar a importância dos fatores de riscos cardiovasculares. Incentivar o paciente a se tornar mais auto-suficiente no seu controle.

3.2. O Enfermeiro no atendimento do cliente hipertenso

Hipertensão arterial (HA), segundo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial definiu hipertensão (HA) do seguinte modo: o limite escolhido para definir HA é o de igual ou maior de 140/90 mmHg, quando encontrado em pelo menos duas aferições, realizadas em momentos diferentes.

Essa nova orientação da OMS chama a atenção para o fato de que não se deve apenas valorizar os níveis de pressão arterial, fazendo se também necessária uma avaliação do risco cardiovascular global. A hipertensão arterial é, portanto, definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Admite-se como pressão arterial ideal, condição em que o indivíduo apresenta o menor risco cardiovascular, PAS < 120 mmHg e PAD < 80 mmHg. A pressão arterial de um indivíduo adulto que não esteja em uso de medicação anti-hipertensiva e sem co-morbidades associadas é considerada normal quando a PAS é < 130 mmHg e a PAD < 85 mmHg. Níveis de PAS entre 130 e 139 mmHg e/ou de PAD entre 85 e 89 mmHg são considerados limítrofes. (Ministério da Saúde, 2002, pág. 13)

Segundo Meltzer (1990, pág. 6) a Hipertensão arterial é um dos fatores predisponentes da doença cardíaca coronariana (DCC), por acelerar o processo aterosclerótico e por aumentar a demanda miocárdica de oxigênio.

Cabe ao enfermeiro dentro do Programa de HA e DM a seguinte função: 1) Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências; 2) Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbidades; 3) Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais e do diabetes, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades; 4) Encaminhar às unidades de referência secundária e terciária as pessoas que apresentam hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes em órgãos-alvo, com suspeita de causas secundárias e aqueles que se encontram em estado de urgência e emergência hipertensiva; 5) Encaminhar à unidade de referência secundária, uma vez ao ano, todos os diabéticos, para rastreamento de complicações crônicas, quando da impossibilidade de realizá-lo na unidade básica; 6) Encaminhar à unidade de referência secundária os pacientes diabéticos com dificuldade de controle metabólico; 7) Encaminhar à unidade de referência secundária os casos de diabetes gestacional, gestantes diabéticas e os que necessitam de uma consulta especializada (cardiologia, oftalmologia, etc.);

3.3. O Enfermeiro no atendimento do cliente obeso.

O excesso de peso tem forte relação causal com o aumento da pressão arterial e da resistência insulínica. Uma das formas de avaliação do peso é através do cálculo do índice de massa corporal (IMC), dividindo-se o peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros. Esse indicador deverá estar, na maioria das pessoas, entre 18,5 e 25,0 kg/m². (Ministério da Saúde, 2002, pág. 22)

Segundo Meltzer (1990, pág. 7) a obesidade predispõe a adquirir outras doenças crônicas como a hipertensão arterial, diabetes mellitus e níveis altos de colesterol sérico que propiciam a doença coronariana.

O Enfermeiro deve orientar o cliente da seguinte forma referente a orientação alimentar: Esclarecer que a alimentação e nutrição adequadas são direitos humanos universais. Promover a substituição do consumo de alimentos pouco saudáveis para alimentos saudáveis. Não discriminar alimentos, mas propor a redução do consumo dos menos adequados. Esclarecer que alimentação saudável não é alimentação cara. Promover o peso saudável através de mensagens positivas. Evitar a personificação do obeso, já discriminado socialmente. Reduz principalmente a gordura corporal. Através dos exercícios físicos. A atividade física inserida de forma gradual promove a diminuição do estresse – reduz a ansiedade, a fadiga e a depressão.

METODOLOGIA

Consiste em uma pesquisa descritiva, participante de abordagem quantitativa. A Pesquisa Quantitativa é especialmente projetada para gerar medidas precisas e confiáveis que permitam uma análise estatística. Testa uma teoria, os elementos básicos da análise são os números, o raciocínio é lógico e dedutivo.

Para Polit & Hungler (1995, pág. 18–19) a pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de dados de informações numéricas, com controle da situação estudada e posterior análise estatísticas dos dados coletados. A mesma enfatiza o raciocínio lógico, dedutivo e os atributos mensuráveis da experiência humana.

Já Cervo & Bervian (1983, pág. 55 – 56) descrevem um estudo descritivo estuda os fatos e fenômenos do Mundo físico, em especial do mundo humano sem manipulá-los. Simplesmente descreve os fatos apurados.

Pesquisa participante por permitir uma atividade integrada que combina investigação social, trabalho educacional e ação. Envolve o povo no local de trabalho ou a comunidade no processo da pesquisa. Trata-se de um trabalho com grupos “reais” com as limitações e recursos existentes. (Brandão, 1999, pág. 72–121).

Cenário do estudo foi na associação de moradores de Del Castilho. Del Castilho bairro do subúrbio do Rio de Janeiro, que dista 35 Km do Centro da Capital Fluminense é um bairro proletário, conta com quatro conjuntos habitacionais (conjunto do IAPI de Del Castilho, conjunto do IAPC, conjunto Castro Alves e conjunto IV Centenário) e três comunidades de médio porte (Parque União de Del Castilho, Comunidade da Chácara e Comunidade do Rato Molhado).

Público alvo: são os moradores residentes nos conjuntos habitacionais no bairro de Del Castilho, que se participaram das ações básicas de saúde implementadas por graduandos de enfermagem em colaboração com associação de moradores.

Foram coletados dados referentes aos participantes do evento para determinar as ações de saúde de maior incidência para posterior para traçar uma proposta de ação de saúde baseada nas necessidades afetadas da clientela.

As Ações Básicas de saúde na comunidade de Del Castilho, foram realizadas nos dias 04 de junho de 2005 e 07 de setembro de 2005, com o apoio da Associação de Moradores e Amigos de Del Castilho (AMA) e de uma instituição de ensino superior privada.. Tais eventos sociais consistem na disponibilização de serviço de educação e promoção da saúde, tais como: Palestras e distribuição de material informativo sobre nutrição e planejamento familiar, serviços de verificação de glicemia, pressão arterial, identificação de grupo sanguíneo, etc.

Realizadas à partir de parceria entre a AMA (Associação de Moradores e Amigos de Del Castilho) e a instituição de ensino superior, cada uma das ações mobilizaram alunos e docentes e promoveram diversos atendimentos.

Os pesquisadores adquiriram material (panfletos, folders, cartazes e prospectos) referente a Hipertensão Arterial (HA), Diabetes Mellitus (DM) e sobre Obesidade, contou com o apoio do Corpo de Bombeiros do RJ e da instituição de ensino superior com o empréstimo de barracas e a Associação de Moradores com as cadeiras e mesas para execução do trabalho. Mobilizou graduandos de enfermagem dos mais diversos períodos desde o 4.º até o 8.º período, que participaram ativamente no evento. Vale ressaltar que os alunos foram supervisionados pelo pesquisador e pela orientadora participando ativamente do evento.

Foram montadas três barracas para cada um dos Programas de Atenção Saúde que são Hipertensão arterial, Diabetes e Peso e Altura. Na Barraca da HA foram realizados aferição da pressão arterial e quando detectado anormalidade, na maioria das vezes hipertensão, orientado quando aos fatores predisponentes e os hábitos saudáveis no controle da HA. Na Barraca da DM eram realizados o glicemia capilar e posterior orientação, vale ressaltar que só foram realizados as glicemias nos moradores que se encontravam em jejum. E a terceira barraca eram realizados a mensuração antropométrica e ponderal e cálculo do índice de massa corpórea. O formulário de preenchimento consistia da ficha de identificação adotada pela instituição de ensino superior privada, onde eram registrados em duas vias os dados encontrados nos clientes examinados e posterior encaminhamento se necessário.

Ambos os eventos ocorreram com boa aceitação da clientela que busca esclarecimentos sobre as doenças que mais o acometem.

Segundo o Ministério da Saúde (2004, pág. 85– 87) as normas para pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com, a Resolução n.º 466 de 12/12/2012 em seu artigo III.3 ítem m, onde o pesquisador deve garantir que as pesquisas em comunidades, sempre que possível, traduzir-se-ão em benefícios cujos efeitos continuem a se fazer após sua conclusão.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES

Após a realização dos eventos segue-se análise conjugada das informações obtidas nos dois eventos realizados. Vale ressaltarmos que os eventos só foram realizados graças ao apoio que o pesquisador teve da Associação de Moradores de Del Castilho, da Coordenação de Enfermagem do Centro Universitário Celso Lisboa e de seus graduandos, do Corpo de Bombeiro do Município do Rio de Janeiro, e do material em forma de folder, prospectos e cartazes fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde do RJ que fazem parte do Programa de Atenção à Saúde promovido pelo Ministério da Saúde. Os dados obtidos foram trabalhados em números e/ou porcentagem como analisamos a seguir.

A maioria expressiva dos participantes dos dois eventos pertencem ao gênero feminino, fato este comprovado em diversas literaturas onde a mulher procura com incidência os serviços de saúde do que os homens.

Na comunidade de Del Castilho a hipertensão arterial é um fator preponderante 41% no 1.º evento realizado e 45% no 2.º evento. A hipertensão arterial é uma das doenças crônicas dos centros urbanos, provocada pelo estresse, vida sedentária, alimentação inadequada dentre outros fatores de conformidade com que Lessa (1998, pág. 29–42) diz referente a hipertensão arterial que se destaca pela magnitude de suas múltiplas expressões, no universo das doenças crônico degenerativas. E continuando com Soares (1998, pág. 17–22) a hipertensão arterial é uma síndrome de origem multifatorial caracterizada pelo aumento das cifras pressóricas arteriais possibilitando anormalidades cardiovasculares e metabólicas que podem levar a alterações funcionais e/ou estruturais de vários sistemas orgânicos do corpo humano, destacando-se o cérebro, coração, rins e vasos periféricos. Para Júnior e Silveira (2005, pág. 71) o diagnóstico da hipertensão arterial consiste na aferição da pressão arterial com esfigmômetro calibrado e em condições adequadas. Ressaltamos neste momento que o enfermeiro pode detectar a hipertensão arterial não somente com a aferição da PA e sim realizando uma anamnese no cliente e coletando dados durante a consulta de enfermagem ou visita domiciliar através do processo de enfermagem.

Em relação ao peso e altura dos participantes foi evidenciado que uma parcela considerável dos moradores 61% do 1.º evento e 54% do 2.º evento estão acima do peso, fato constatado quando os acadêmicos de enfermagem realizaram o cálculo do índice de massa corpórea. Segundo Santos e Sichieri (2005, pág. 2) o índice de massa corporal, é utilizado como indicador do estado nutricional por correlação com a massa corporal e baixa correlação com a estatura. Esses mesmos autores sugerem que o IMC pode ser utilizado como indicador de adiposidade nas diversas faixas etárias particularmente nas mulheres. Para Carpenito (1999, pág. 168–171) a obesidade é um problema complexo envolvendo aspectos sociais, psicológicos e metabólicos. Na maior parte dos casos, a obesidade é causada pelo excesso alimentar e falta de exercícios, como alternativa a autora preconiza que metas realistas de perda de peso aumentam a probabilidade do sucesso e o enfermeiro pode atuar junto ao paciente obeso ajudando-o a enfrentar os aspectos estressores externos que provocam o aumento do consumo de alimentos pelo mesmo. Fazendo-o compreender que a obesidade é uma doença multissistêmica, pois uma dieta rica e em lipídeos e colesterol simples contribui para várias doenças como a doença aterosclerótica, a diabetes, a doença da vesícula, o câncer de mama e câncer de cólon. Fica mais suscetível à infecção pois o tecido adiposo é menos vascularizado, suscetível também a comprometimento da força muscular, mais risco de quedas e lesões e doença respiratória. Cabe aos participantes que estão acima do peso uma orientação a cerca das complicações e prejuízos a sua saúde acarretados pelo excesso de gordura e permitir a compreensão dos mesmos dos fatores estressantes que estimulam ao consumo abusivo de alimentos.

Com relação a variação glicêmica dos participantes do 2.º evento, verificou-se que 46% apresentaram hiperglicemia, fato que comprova ser a diabetes uma das doenças provocadas pela industrialização, pelo sedentarismo, estresse, alimentação inadequada dentre outros fatores que a colocam como um das doenças crônico degenerativas mais agravantes fato comprovado pelo interesse das autoridades públicas em buscar um diagnóstico precoce da doença evitando e/ou adiando as possíveis interações provocadas pelos efeitos deletéricos desta doença. O Ministério da Saúde (2002, pág. 21–22) preconiza que os profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, necessitam ter o conhecimento científico para realizar a avaliação e estratificação do paciente diabético, bem como sua orientação relativo aos hábitos de vida saudável, ao cuidado com as extremidades ao treino do cliente e/ou familiar do mesmo na administração correta da insulina, bem como os efeitos adversos, e a importância da curva glicêmica. Segundo Carpenito (1999, pág. 144–147) o enfermeiro deve explicar ao cliente diabético que seu tratamento e para a sua vida toda com dieta, exercícios e medicação. Continuando a autora citando Krall (1989) descreve que a diabetes é associada com modificações degenerativas vasculares severas, conduzindo precocemente a doença cardíaca aterosclerótica devido aos índices elevados de glicose plasmática. Portanto os valores evidenciados nos participantes do evento que apresentaram hiperglicemia cabem avaliar e estratificar se houve erro na aferição da glicemia ou caracterizar o tipo de diabetes que o cliente apresenta bem como orientar sobre as possíveis complicações da diabete (cetoacidose diabética, coma hiperosmolar hiperglicêmico não-cetônico, hipoglicemia, infecções, doença vascular, neuropatia, retinopatia, nefropatia) e, as medidas de autocuidado que podem melhorar essas condições e encaminhamento para um posto de saúde para um diagnóstico laboratorial apurado sobre essa clientela e receber educação a respeito de sua doença participando dos grupos de apoio de acordo com sua faixa etária.

CONCLUSÃO

Ao analisarmos as tabelas referentes aos eventos do dia 04 de junho de 2005 e de 7 de setembro de 2005 na Ação Social de enfermagem organizada pelo pesquisador junto aos moradores de uma comunidade no bairro de Del Castilho, subúrbio da cidade do Rio de Janeiro contando com o apoio da associação de moradores e da instituição de ensino superior privada junto com os acadêmicos de enfermagem verificamos a aplicação dos Programas de Atenção à Saúde preconizados pelo Ministério da Saúde tem como programas aplicados a hipertensão arterial e o Diabetes mellitus ambos com farto material de orientações e correlacionando com as duas doenças crônicas como a obesidade, verificamos ser pertinentes tais programas, pois ofertam propostas de orientação para saúde baseadas nos consensos atuais e de acordo com OMS.

Percebemos que a população envelheceu e os aspectos que influenciaram para esta alteração está diretamente relacionado com as quedas dos coeficientes de natalidade e fecundidade este fato está, também, associado à melhoria das condições de vida (moradia, alimentação, estilo de vida) e ao avanço do conhecimento científico, o que propicia diagnóstico e tratamentos precoces, bem como colabora na prevenção de agravos à saúde por meio de vacinas e medicamentos. A educação em saúde com a meta promover o maior nível possível de bem-estar, possibilita que as pessoas possam viver de forma saudável, prevenindo doenças preveníveis que fazem parte do leque de doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão, diabetes e obesidade.

Podemos analisar que na comunidade existe em torno de +/- 45 % dos participantes com agravos da saúde decorrente das doenças crônicas degenerativas, e, cabe portanto a identificação dos hábitos de vida do cliente e o entendimento dos motivos que levam o sujeito a adquirir um padrão de vida inadequado propiciante de tais doenças, e nos abrem caminhos para realizarmos estratégias de trabalhos com eles, que vão além de uma abordagem de uma pedagogia tradicional, que procura culpar o sujeito pelos seus hábitos.

A hipertensão arterial remete à convivência com uma doença silenciosa, que requer cuidados específicos para evitar as complicações. Uma doença crônica e degenerativa que implica em mudança do estilo de vida, quanto aos hábitos alimentares, exercícios físicos, uso de medicamentos, trabalhos psicoterapêuticos, grupos de encontro, controle do peso, visita médicas periódicas, evitar o tabagismo, entre outros. Diante desse aspecto, a hipertensão arterial deve envolver orientações voltadas para todas as características relacionadas à doença e ao seu tratamento. Assim, o suporte para a adesão do cliente ao programa de tratamento da hipertensão requer o apoio de outros profissionais de saúde, além do médico. Os portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus são acompanhados por estratégias específicas, como o programa de hipertensão e diabetes. Esse programa já se encontra expandido em nosso Estado e encontra-se inserido nos Programas Saúde da Família. No programa de hipertensão e diabetes o enfermeiro precisa atuar não só na consulta de enfermagem para pessoas já diagnosticadas, mas também na educação em saúde visando a prevenção da doença. As intervenções do enfermeiro no tratamento da hipertensão arterial são voltadas para o engajamento do cliente no autocuidado a fim de manter seus níveis tensionais controlados, para que possam atingir um melhor nível de saúde. Dessa forma, a consulta de enfermagem constitui um espaço no qual se dá o processo educativo, objetivando a mudança de comportamento da clientela portadora de hipertensão arterial. Assim, vale ressaltar que as orientações de enfermagem, através de uma intervenção sistematizada, possibilitam a transformação dessa clientela em agente de autocuidado e multiplicadora das ações de cuidados na família e na comunidade.

A importância do apoio social na preservação e recuperação da saúde tem sido explorada nas últimas décadas, pois se sabe que dispor de alguém que ofereça ajuda ou apoio em situações difíceis pode facilitar o enfrentamento dos problemas, diminuindo os efeitos negativos gerados e favorecendo dessa forma, a saúde e o bem-estar emocional, bem como o tratamento para o tratamento de um fator de risco e doença que é a obesidade. No que diz respeito à epidemiologia da obesidade, ela é determinada pela interação entre o estilo de vida (hábito alimentar e o sedentarismo), a biologia do indivíduo (genética e modificações com o envelhecimento), o ambiente psicossocial (estressores psicossocial) e fatores econômicos (baixa escolaridade e nível social). Dentre esses fatores, o estilo de vida e o ambiente psicossocial são fatores de risco modificáveis, passíveis de intervenção clínica em curto prazo desde eu seja realizado uma proposta individualizada a cada indivíduo. Na comunidade há vários casos de obesidade e deve ser realizado estudo aprofundado para a sua associação com a diabetes e hipertensão.

A assistência integral e individualizada ajuda o paciente a alcançar uma melhor convivência com a doença e o regime terapêutico. O grande desafio da hipertensão arterial e que deve ser abraçado pelos portadores desta patologia é a busca por níveis pressóricos aceitáveis, sendo a adesão dos hipertensos ao tratamento, farmacológico ou não, a principal estratégia para reverter os elevados índices de morbimortalidade causada por esta patologia. Vale ressaltar ainda a importância da participação ativa dos clientes hipertensos em seu cuidado, podendo o mesmo ser ajudado pelo sistema familiar e social. Nesse contexto, a enfermagem atua como um agente de autocuidado ou agente facilitador do autocuidado, uma vez que assume tarefas que o cliente não esteja em condições de fazê-las ou ajuda-o na adesão ao tratamento. Muitos autores têm estudado o problema da adesão e apontam a interação entre o profissional de saúde e o cliente como um dos fatores que dificultam o seguimento do tratamento por esse último, fato comprovado diversas vezes durante os eventos pois muitos clientes sabidamente hipertensos não compreendiam a terapêutica médica prescrita bem como os cuidados que minimizam os efeitos maléficos da doença. Podemos chegar a uma conclusão, pois todas as orientações e tratamento é pautada no modelo biomédico, centralizada no profissional de saúde, desigual, assimétrica e distanciada. O controle do relacionamento está nas mãos do profissional de saúde e ao usuário não é dada a oportunidade de compartilhar, nem de participar. Além do fato do profissional de saúde não compreender as estratégias que o cliente utiliza ao cuidar de sua doença, sendo considerado um comportamento desviante e uma forma de frustrar sua linha de ação, pois suas ações nem sempre são congruentes com o que o profissional de saúde quer e espera deste usuário, uma repetição de ações preconcebidas sem questionamento, não individualizadas e por isso mesmo rejeitadas pelos clientes.

Concluimos também que a principal ação que o enfermeiro utiliza para promover a adesão do cliente ao regime terapêutico – a conscientização – é realizada no modelo tradicional de educação, de maneira repetitiva e utilizando formas de comunicação inadequadas; não considerando as diferentes formas e ritmos de apreensão do conhecimento deste indivíduo; considerando o enfermeiro como aquele que sabe e o usuário como o que não sabe nada e nada pode contribuir que, portanto, deve receber passivamente os conhecimentos advindos de sua autoridade profissional. Esta pesquisa aponta para a necessidade do profissional de saúde e em particular do enfermeiro, das autoridades de saúde da decisão repensarem a interação profissional / usuário nos moldes que vem acontecendo atualmente e para a necessidade de mudanças no modo de pensar e agir em relação ao cliente, um ser humano holístico como seu modo de viver e de pensar querendo ser ouvido e, aguardando alguém para escutá-lo com ele. Todos os objetivos propostos no estudo foram alcançados, verificamos que quem mais participa dos eventos foram as mulheres, buscando informações relativos às doenças. O programa de Atenção à Saúde mais procurada foi o da HA, seguido do DM. Entretanto a procura pela mensuração do peso e sua altura ainda não ganhou a importância de que esse fator de risco e doença pode interferir no tratamento da HA e DM.

As tomadas de decisões relativas ao estilo de vida estão intimamente ligadas à qualidade das relações familiares que podem ser utilizadas como alianças para mudanças de comportamento saudáveis. Dessa forma, a família é um importante elemento a ser inserido no contexto do estudo sobre prevenção da hipertensão arterial, da diabetes mellitus e da obesidade. E podemos afirmar com certeza que as medidas preventivas só possuem chance de sucesso se implementadas em conjunto com a família, a escola e a comunidade dos indivíduos, num esforço conjunto de toda a sociedade e do governo a nível municipal, estadual e federal, respeitando as diferenças de cada população. A utilização dessas ações do programa de Atenção à Saúde do Ministério da saúde permitiu ao pesquisador verificar que na prática educativa dos enfermeiros com os clientes hipertensos, diabéticos e obesos são de extrema importância, já que os mesmos estão envolvidos em todos os níveis de cuidado de saúde. Atuando em conjunto com cliente hipertenso, diabético, e/ou obeso, com à sua família e à comunidade, com o propósito de promover, manter e/ou restaurar o nível de saúde do cliente, mediante julgamento crítico das necessidades básicas individuais do mesmo e propondo para a comunidade uma proposta de ação na avaliação e estratificação dos casos confirmados de doença crônica não transmissíveis, bem como traçar esforços de comum acordo com a comunidade.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org.), Repensando a pesquisa participante, SP, Brasiliense, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. 1.ªed., 4.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. Micropolítica: cartografias do desejo. 7. ed. rev. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

Iza Cristina dos Santos

Enfermeira Mestre em Enfermagem - UNIRIO. Coordenadora de enfermagem do serviço de educação permanente do Instituto Nacional de Cardiologia

Luciane Alves Vercillo

Enfermeira Mestre em Educação - UNESA. Coordenadora do Serviço de Educação Permanente do Centro de Unidades Médicas Integradas Saúde Santa Terezinha-RJ

Jacira Florencia de Paula de Moura

Enfermeira Mestre em Enfermagem - UERJ. Enfermeira do programa de atenção à saúde do homem - UERJ/MS.

Tereza Cristina Felipe Guimarães

Doutora em Enfermagem - UFRJ. Coordenadora de Enfermagem do Serviço de Insuficiência Cardíaca e Transplante Cardíaco do Instituto Nacional de Cardiologia.

Edilza da Silva Soares

Enfermeira do Hospital Central da Polícia Militar.

RESUMO

(Trata-se de um estudo cujos objetivos são buscar publicações que contemplem o cuidado com a pele do idoso por autores de enfermagem; e analisar as publicações que descrevem os cuidados de enfermagem com a integridade tegumentar no cliente idoso. Foi utilizada como método a revisão integrativa composta de seis momentos: 1) elaboração da pergunta norteadora que determinará a coleta dos dados do estudo; 2) busca ou amostragem na literatura, que consiste na busca em banco de dados e em bibliotecas de artigos, 3) coleta de dados, onde é extraídos os dados dos artigos selecionados; 4) análise crítica dos estudos incluído; 5) discussão dos resultados e 6) a apresentação da revisão integrativa. A coleta de informações ocorreu por meio da busca dos artigos científicos através do site da birem Foram encontrados nove artigos nas bases de dados LILACS e SCIELO, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Na análise dos resultados da revisão integrativa, seis estudos tiveram como sujeitos, idosos internados em instituições de saúde, portanto apresentam um risco maior para desenvolver lesões cutâneas,. Evidenciamos que 56% dos artigos têm como metodologia uma abordagem quantitativa; e os objetivos dos artigos científicos coletados (60%) dos estudos buscam identificar e analisar os diagnósticos de enfermagem utilizados no cuidado com os idosos baseados na Taxonomia II de NANDA; sendo que 66,7% dos artigos utilizaram como temática para o com cuidado a pele do idoso necessitam identificar e utilizar os diagnósticos de enfermagem, e 22,2% o ensino do cuidado com a pele. Dentre os diagnósticos o mais recorrente consiste no risco para integridade da pele prejudicada (20%). Esta revisão integrativa demonstra que há a necessidade de

estudos mais apurados para melhor identificação dos cuidados pertinentes a pele do idoso e isto se desenvolverá com pesquisa que busquem não somente os diagnósticos, mas as intervenções e os resultados desses cuidados.

Palavras Chave: enfermagem, idoso e pele

ABSTRACT

It is a study whose objectives are to seek publications that address the skin care of the elderly in nursing authors, and analyze the publications that describe nursing care to the elderly client in cutaneous integrity. Was used as the integrative review method consists of six stages: 1) the development of guiding question that will determine the collection of study data, 2) search or sampling in the literature, which consists of the search in a database and library of articles, 3) collection of data, where data is extracted from selected articles, 4) review of the studies included, 5) discussion of results and 6) the presentation of the integrative review. Data collection occurred through the pursuit of scientific articles on the site of BIREME nine articles were found in the databases LILACS and SciELO, according to the criteria of inclusion and exclusion. In analyzing the results of the integrative review, six studies had as subjects, elderly patients hospitalized in health institutions, thus present a higher risk of developing skin lesions. We show that 56% of the articles have a quantitative approach as a methodology, and objectives of the collected papers (60%) of the studies seek to identify and analyze the nursing diagnoses used to care for the elderly based on NANDA Taxonomy II, whereas 66,7% of the articles used as a theme to skin care with the elderly need to identify and use nursing diagnoses, and 22.2% of teaching skin care. Among the most recurrent diagnoses is the risk for impaired skin integrity (20%). This integrative review demonstrates that there is a need for more refined studies to better identification of relevant skin care for the elderly and this is research that seeks to develop not only the diagnosis, but the interventions and outcomes of care.

Keywords: nursing, elderly and skin

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a população brasileira vem envelhecendo e de maneira acelerada devido a transição demográfica vivenciada pelo país, a diminuição das taxas de natalidade e mortalidade além do brusco aumento da expectativa de vida promove o crescimento da faixa etária acima de 60 anos. Para Cavalini & Leon (2007) os idosos representavam aproximadamente 8,6% da população brasileira, correspondente a quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, segundo dados baseados no censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ainda conforme estimativas do órgão, nos próximos 20 anos a população idosa do Brasil poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas e deverá representar quase 13% do total de habitantes.

Envelhecer traz consigo inúmeras conseqüências tanto físicas quanto psicológicas são importantes que se passe a enxergar a velhice como processo natural da vida, nós nascemos, vivemos e por meio da melhoria da qualidade de vida, através do avanço técnico científico, ocorreu o prolongamento das nossas vidas e, portanto nós envelhecemos. Considera-se a velhice um destaque, um prêmio, decorrente do grau de desenvolvimento humano. Entretanto, este é o momento da existência em que o indivíduo está suscetível a diversas doenças crônicas degenerativas, decorrente da diminuição progressiva de habilidades motoras, sensitivas e de conhecimentos.

Para este autor (1996) um dos sinais mais evidentes da passagem dos anos está relacionado com as mudanças produzidas no aspecto da pele, caracterizadas por alterações na sua estrutura e funções. Vários autores estudaram que a pele do adulto sofre diversas e profundas transformações com o avanço da idade, dentre essas alterações fisiológicas uma se destaca no presente estudo a integridade cutânea.

De acordo com Ramos (2003) a descamação, principalmente nas extremidades, é bem marcada, sendo basicamente causada por diminuição da secreção sebácea, por mudanças nos lipídios, associada à menor conteúdo de água, predispondo a pele a maior ressecamento e presença de fissuras, com resistência diminuída à agressão de substâncias alcalinas, como sabões e outros produtos químicos. Em conformidade com Nettina (2003) o envelhecimento a derme apresenta redução da espessura com perda das fibras elásticas e do colágeno. As fibras elásticas ficam mais amorfas e as colágenas afinam-se. Essas alterações são também responsáveis pelo enrugamento, muito embora grandes sulcos possam decorrer de alterações da hipoderme e da massa muscular.

Problematização: Como são realizados os cuidados para manter a integridade tissular do cliente idoso pela enfermeira? Frente ao exposto, para elucidação do problema que consiste em verificar os cuidados de enfermagem na prevenção e tratamento da integridade cutânea do cliente idoso. Buscando fontes, no caso, artigos de autores da área de enfermagem; relacionando o envelhecimento com as alterações que ocorrem na pele, entretanto não é tão simples quanto parece, há mudanças da pele que normalmente são consideradas decorrentes da velhice, porém não é necessariamente resultado do envelhecimento.

A decisão de elaborar este trabalho ocorreu durante as aulas do curso de pós graduação em enfermagem dermatológica da Universidade Gama Filho, onde as investigadoras onde as mesmas relataram suas experiências no cuidado com o paciente idoso e que foi percebida a realidade destess clientes muitas das vezes acamados e que o cuidado com a pele do mesmo não diferenciava-se dos demais pacientes acamados, despertando um interesse em buscar informações de outros enfermeiros a respeito do cuidado com a pele do idoso e como os mesmos trabalham essa especificidade.

O envelhecimento é um processo natural e inevitável para todos. Durante esse processo, a pele sofre algumas alterações tornando-se fina, menos hidratada e com elasticidade reduzida. Por esses motivos, a pele do idoso torna-se sensível, necessitando de cuidados especiais

De acordo com o estatuto do idoso, capítulo I e art. 8.º O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente (BRASIL, 2003).

Para Ramos (2003) e Marin (2007) e muitos estudos mostram, de forma definitiva, que a terapia de reposição hormonal (uso de estrogênios) atua positivamente na pele, melhorando o colágeno tipo I, que é o principal constituinte da derme, entretanto, também ocorre benefícios nas concentrações do colágeno tipo II.

Os objetivos do estudo são: buscar publicações que contemplem o cuidado com a pele do idoso por autores de enfermagem; e analisar as publicações que descrevem os cuidados de enfermagem com a integridade tegumentar no cliente idoso.

Pelo fato da população está envelhecendo e a necessidade de traçar protocolos para atender a esta clientela visando prevenir ou diminuir os efeitos nocivos do envelhecimento no que tange a integridade da pele. Relevante principalmente para a profissão de Enfermagem que atua intensamente com esta clientela para fornecer cuidados adequados para os pacientes idosos na manutenção da integridade da pele, evitando lesões que podem evoluir para sérios problemas de saúde. Com um atendimento adequado aumenta as chances de esta clientela ter uma qualidade de vida saudável, e uma diminuição considerável dos custos hospitalares para cuidar de problemas da pele que podem ser minimizados ou prevenidos com ações. Pois o idoso interna para tratar uma determinada doença e devido aos fatores intrínsecos e extrínsecos ao tratamento pode aumentar o tempo de permanência por problemas relacionados com a integridade da pele, principalmente úlceras por pressão.

Oriá et alli (2003) citando Lavker descreve que os tecidos gradualmente passam por mudanças de acordo com a idade, sendo que, na pele, essas alterações são mais facilmente reconhecidas dentre eles destacamos: atrofia, enrugamento, ptose e lassidão representam os sinais mais aparentes de uma pele senil.

REVISÃO DE LITERATURA

2.1. O idoso

Com o envelhecimento da população brasileira, várias são as doenças antes desconhecidas e tornaram-se comuns, como as doenças cardíacas, neoplásicas entre outras e como consequência direta ou indiretamente as doenças cutâneas também se tornaram mais comuns.

Para Cavalini (2007) as transições demográficas e epidemiológicas, ocorridas no Brasil no final da década de 1960, produziram significativas mudanças na estrutura etária da população e no padrão de morbi-mortalidade. Os principais resultados dessas alterações foram o aumento do tamanho absoluto e relativo da população idosa brasileira em relação ao total da população (entre 1940 e 2000 esse segmento passou de 1,7 milhões - 4,4% da população - para 14 milhões - 9% da população), bem como o aumento na expectativa de vida ao nascer (no mesmo período passou de 41,5 anos para 70,5 anos).

A Organização Mundial da Saúde considera idoso nos países em desenvolvimento, os indivíduos com 60 anos ou mais.

De acordo com o Ministério da Saúde (1998):

Sabemos que as pessoas não envelhecem todas da mesma maneira. A partir dos fatores genéticos que determinam muito do processo, há que realçar que não é igual envelhecer no feminino ou no masculino, sozinho ou no seio da família, casado, solteiro, viúvo ou divorciado, com filhos ou sem filhos, no meio urbano ou no meio rural, na faixa do mar ou na intelectualidade das profissões culturais, no seu país de origem ou no estrangeiro, ativo ou inativo.

2.2. Alterações da pele humana relacionado com a idade

De acordo com Lueckenotte (2002) o envelhecimento cutâneo depende muito dessa associação de vários fatores, como o genético, que conta praticamente 50% desse total, e os outros fatores, que antecipam o envelhecimento, como, por exemplo, a radiação solar, que em excesso desencadeia o surgimento precoce de rugas, manchas, flacidez e redução da elasticidade da pele. Além disso, o tabagismo acarreta sinais clássicos de envelhecimento, como escurecimento da pele e piora das manchas, além de provocar a formação de vários ativos oxidantes que desencadeiam o envelhecimento precoce.

2.3. Cuidado de enfermagem com a pele do idoso.

É primordial um cuidado específico para a pele do idoso, e a enfermeira deve atentar para as doenças crônicas como diabetes, neoplasia, doenças vasculares dentre outras, bem como o estado de desnutrição e desidratação que influenciam negativamente na manutenção da integridade da pele e também na cicatrização de lesões.

Na literatura encontramos muitos autores que descrevem o cuidado com a pele de um modo geral, e um detalhe ao descrever o cuidado com a pele da clientela idosa. Compete ao (à) enfermeiro (a) avaliar o estado geral e a lesão, optando pelo procedimento e cobertura adequado a cada caso.

Sabe ressaltar que a enfermeira ao avaliar o cliente idoso deve orientar o mesmo para realizar os cuidados que o mesmo pode realizar por sozinho como forma de estimular a independência do mesmo.

METODOLOGIA

Consistem em uma revisão integrativa sobre o cuidado de enfermagem ao cliente idoso no atendimento as necessidades de manutenção da integridade tissular do mesmo.

3.1. Tipo de estudo

A revisão integrativa segundo os referidos autores citados (2010) que estudaram a concepção da revisão integrativa, onde a etapas de elaboração se dividem em 5 momentos a saber: 1) elaboração da pergunta norteadora que determinará a coleta dos dados do estudo; 2) busca ou amostragem na literatura, que consiste na busca em banco de dados e em bibliotecas de artigos, Os critérios de amostra-gem precisam garantir a representatividade da amostra, sendo importantes indicadores da confiabilidade e da fidedignidade dos resultados; 3) coleta de dados, onde é extraídos os dados dos artigos selecionados; 4) análise crítica dos estudos incluído; 5) discussão dos resultados e a 6ª e último momento é a apresentação da revisão integrativa.

3.2. Formulação do problema

No primeiro momento da Revisão Integrativa foi estabelecido a delimitação da questão norteadora que permeou o estudo, facilitando a busca de dados, de acordo com o problema, os objetivos e a revisão de literatura foi : Quais as publicações produzidas por enfermeiros que contemplem o cuidado com a pele do idoso ?

3.3. Busca de dados

Consistiram na procura de descritores no site Ciências da Saúde (<http://pesquisa.bvsalud.org>), cujos descritores definidos foram pele, idoso e enfermagem. Depois foram estabelecidos dois critérios para refinar os resultados: a abrangência temporal dos estudos definida entre os anos de 2000 e 2010, no idioma português e textos completos, estes artigos científicos na íntegra que retratassem a temática referente ao cuidado de enfermagem com a integridade cutânea no cliente idoso.

Os critérios de exclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em inglês e espanhol, artigos em português incompletos; e artigos anteriores a 2000.

Portanto o critério de inclusão são artigos completos na língua portuguesa sobre a temática em questão.

3.4. Coleta de dados

Para desenvolver este momento foi formulado um instrumento de coleta dos artigos científicos selecionados, composto de título do artigo, nomes dos autores, titulação dos autores, faculdade de origem dos autores, estado da publicação dos artigos, descritores, objeto do estudo, metodologia, resultados e conclusões.

3.5. Avaliação dos dados

Neste quarto momento após a coleta dos dados os mesmos são organizados para facilitação da análise e síntese de informações possibilitando estabelecer uma relação com a questão norteadora

3.6. Discussão dos dados

O quinto momento da revisão integrativa consistiu na elaboração de um quadro sinóptico contendo número do artigo científico, título do artigo, autores ano, cuidado com a pele do idoso e conclusões. Quadro sinóptico consiste na síntese dos dados coletados para visualização dos componentes de modo a relacioná-los entre si de forma a identificar os cuidados com a pele do idoso.

3.7. Apresentação dos resultados

Os dados encontrados foram analisados e discutidos em conformidade com a revisão de literatura. Os dados são apresentados em gráficos e tabelas para uma melhor sintetização dos achados.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Foram encontradas 550 ocorrências que após o refinamento inicial utilizando artigos com texto completo, ficamos com 24 ocorrências, ao utilizarmos os critérios de exclusão já citados ficamos com 9 artigos referentes a temática cuidado com a pele do idoso pela enfermagem, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 1 Publicações de artigos científicos sobre a temática pele do idoso.



Ao utilizarmos os critérios de exclusão previamente definidos encontramos nove artigos (62,5%) sobre a temática que compuseram a revisão integrativa.

Conforme estabelecido pela revisão integrativa definimos os sujeitos dos artigos científicos coletados.

Quadro 2 Sujeitos dos artigos que compuseram a revisão integrativa

AUTORES	SUJEITOS
Marin <u>Mjs</u> ; Vilela Em; Takeda E; Santos <u>If</u> . 2002	Estudantes de enfermagem
Meireles V C; Oliveira M L F; Matsuda L M; <u>Marcon S S</u> ; 2005	Prontuários de famílias que possuíam um membro portador de doenças crônicas
Resende D M; <u>Bachion Mm</u> ; Araújo L A O ; 2006	Idosos na comunidade
Rocha A B L; Barros S M O; 2007	Pacientes suscetíveis ao desenvolvimento de úlceras por pressão
Lopes F L; <u>Tier C G</u> ; Filho W L; Santos S S C; 2007	Idosos residentes em uma instituição de longa duração
<u>Sakano Lm</u> ; <u>Yoshitome Y</u> ; 2007	Idosos hospitalizados
Santos A S R; Souza P A; Valle A M D; Cavalcanti A C D; Sá S P C; Santana R F; 2008	Prontuários de idosos
Pena S B; Diogo M <u>Jd</u> ; 2009	Cuidadores de idosos hospitalizados
Napoleão Aa; <u>Caldato V G</u> ; Filho J F P; 2009	Pacientes prostatectomizados

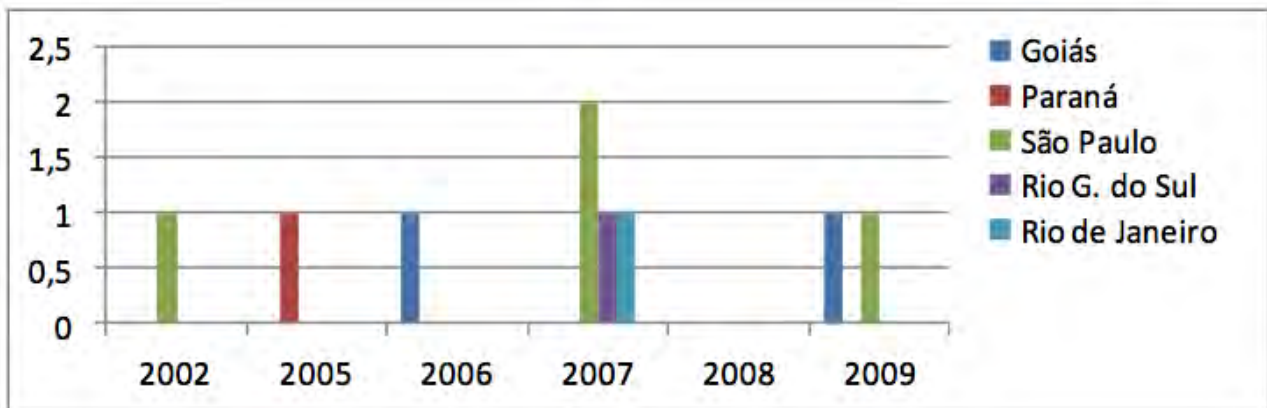
Na análise dos sujeitos dos estudos coletados para a revisão integrativa, seis estudos tiveram como sujeitos idosos internados em instituições de saúde (ROCHA A B L; BARROS S M O; 2007, LOPES F L; TIER C G; FILHO W L; SANTOS S S C; 2007, SAKANO LM; YOSHITOME Y; 2007, SANTOS A S R; SOUZA P A; VALLE A M D; CAVALCANTI A C D; SÁ S P C; SANTANA R F; 2008, PENA S B; DIOGO M JD; 2009, NAPOLEÃO AA; CALDATO V G; FILHO J F P; 2009) e somente dois com idosos não hospitalizados e um sobre o estudo da ensino clientela idosa conforme gráfico 2 abaixo relacionado.

Gráfico 2 Sujeitos dos artigos selecionados



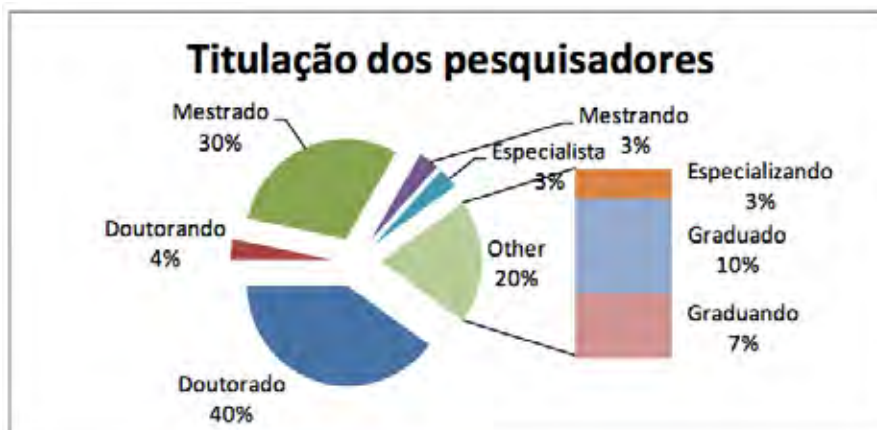
Os idosos hospitalizados apresentam um risco maior para desenvolver lesões cutâneas, necessitando de uma melhor avaliação pela enfermeira para uma implementação de cuidados adequados ao mesmo.

Gráfico 3 Relação do estado de origem dos autores com o ano de publicação.



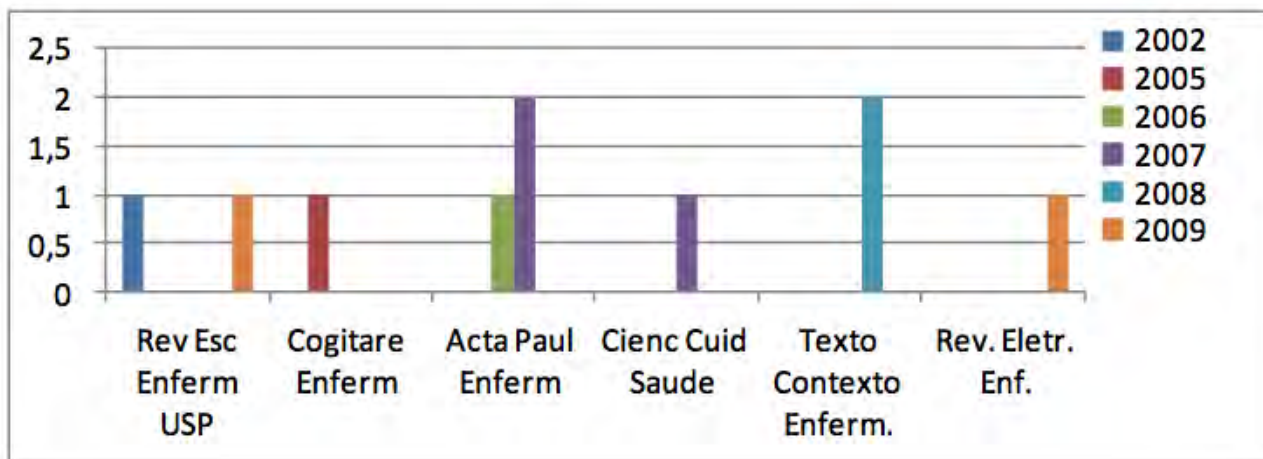
O Gráfico 3 apresenta a distribuição de anos e estado dos autores. Observamos que o estado de São Paulo (44%) teve maior relevância na origem dos autores publicados, observando, seguido de Goiás (22%).

Gráfico 4 Titulação dos pesquisadores dos artigos que integram a revisão Integrativa



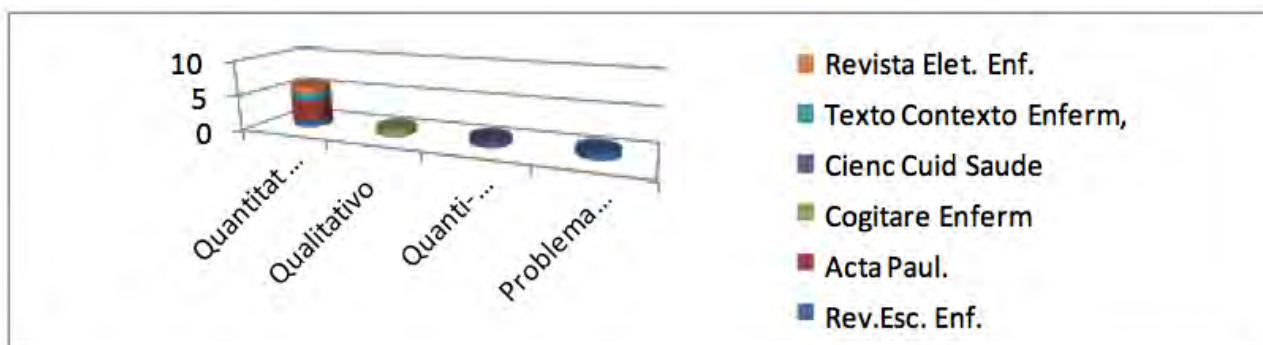
Observamos no gráfico 4 que 40% dos pesquisadores possuem doutorado, seguido de mestre (30%), doutorando (4%), Mestrando (3%) e Especialista (3%), cabe ressaltar que outros (20%) que compõem o grupo de autores são especializando, graduado e graduandos.

Gráfico 5 Relação das publicações com o ano.



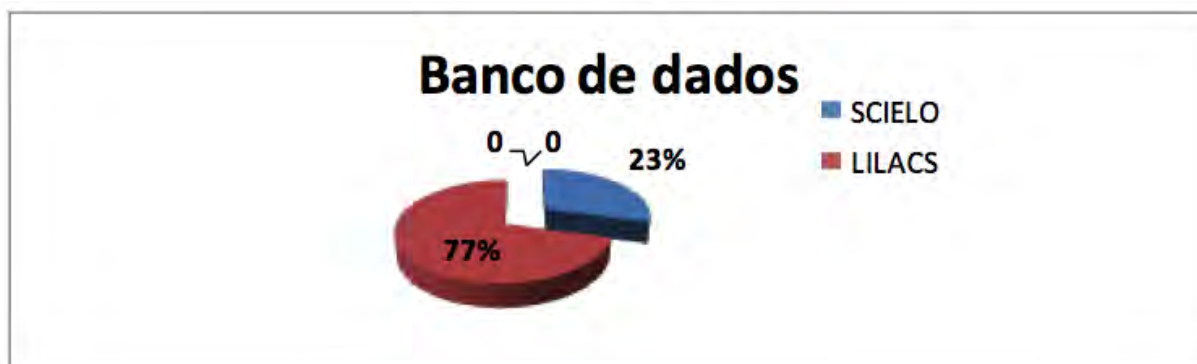
A revista Acta Paulista de Enfermagem apresentou três publicações referentes ao tema proposto, seguido de Texto Contexto Enfermagem com duas publicações.

Gráfico 6 Relação do tipo de estudo publicados nas revistas



Por meio do gráfico 6 evidenciamos que 56% dos tipos de metodologia descritos nos artigos científicos publicados são quantitativos

Gráfico 7. Apresentação da base de dados onde foram localizados os artigos da revisão integrativa.



Observa-se a partir dos dados demonstrados no Gráfico 7 que a base de dados LILACS apresentou sete artigos (77%) e dois artigos científicos na SCIELO (23%).

Outro ponto crucial é verificar o delineamento do estudo visando avaliar o nível de evidência utilizado nas pesquisas. Em sua maioria 30 % são estudos descritivos que descrevem os fenômenos encontrados, estudo muito utilizados por pesquisadores da área de enfermagem. Conforme é evidenciado no gráfico 7 desta revisão integrativa.

Gráfico 8 Apresentação do delineamento dos artigos científicos



Os objetivos dos artigos científicos coletados para a revisão integrativa são evidenciados no quadro 3. Podemos atentar para 60% dos estudos buscam identificar e analisar os diagnósticos de enfermagem utilizados no cuidado com os idosos baseados na Taxonomia II de NANDA. (Meireles V C, Oliveira M L F, Matsuda L M, Marcon S S., 2005; Resende D M, Bachion M M, Araújo A O, 2006.; Sakano L M, Yoshitome Y, 2007; Lopes F L, Tier Cg, Filho W L, Santos S S C, 2007.; Santos A S R, Souza P A, Valle A M D, Cavalcanti A C D, Sá S P C, Santana R F, 2008.; Napoleão Aa, Caldato Vg, Petrilli Jf, 2009) Outros Dois Artigos Baseiam-Se No Ensino Cuidado Do Idoso Para Os Estudantes De Enfermagem E Para Os Cuidadores De Idosos (Marin Mjs, Vilela Em, Takeda E, Santos If, 2002.; Pena Sb, Diogo M J D, 2009.) E Um Artigo Como Validação Da Escala De Waterloo (Rocha Abl, Barros Smo, 2007)

Quadro 3 Apresentação dos objetivos dos artigos científicos coletados

Objetivos	Autores
Implementar um modelo de educação para os acadêmicos da área de saúde alicerçado nos sistemas locais	Marin Mjs, Vilela Em, Takeda E, Santos Jf, 2002.
Identificar os principais diagnósticos de enfermagem em grupo de doentes crônicos assistidos no domicílio e selecionar intervenções de enfermagem para esses diagnósticos	Meireles V C, Oliveira M L F, Matsuda L M, Marcon S S., 2005
Estudar a ocorrência do diagnóstico de enfermagem integridade da pele em idosos de uma comunidade	Resende D M, Bachion M M, Araújo A O, 2006.
Identificar os principais diagnósticos de enfermagem do cliente idoso internado na enfermaria de Geriatria de um hospital universitário, propor intervenções de enfermagem para diagnósticos identificados	Sakano L M, Yoshitome Y, 2007.
Aplicar clinicamente a escala de Waterlow, já adaptada à língua portuguesa, conhecer os índices de sensibilidade e especificidade para predizer o desenvolvimento de úlceras por pressão	Rocha Abl, Barros Smo, 2007.
Descrever os principais diagnósticos de enfermagem identificados em idosos residentes em uma instituição de longa permanência	Lopes F L, Tier Cg, Filho W L, Santos S S C, 2007.
Identificar a partir dos dados contidos nos prontuários os diagnósticos de enfermagem e caracterizar esses diagnósticos através de um mapeamento utilizando a taxonomia II da NANDA	Santos A S R, Souza P A, Valle A M D, Cavalcanti A C D, Sá S P C, Santana R F, 2008.
Identificar diagnósticos de enfermagem em pacientes prostatectomizados com vistas a oferecer subsídios para a elaboração de planos de cuidados para a alta hospitalar.	Napoleão Aa, Caldato Vg, Petrilli Jf, 2009
Identificar as atividades no cuidado do idoso hospitalizado que os cuidadores realizam e as atividades que os membros da equipe de enfermagem esperam que o familiar realize no cuidado hospitalizado, de acordo com a sua frequência de realização	Pena Sb, Diogo M J D, 2009.

No quadro 3 identificamos que seis (66,7%) dos artigos nove artigos que compõem a revisão integrativa em questão, tem como objetivos identificar os diagnósticos de enfermagem para o cliente idoso.

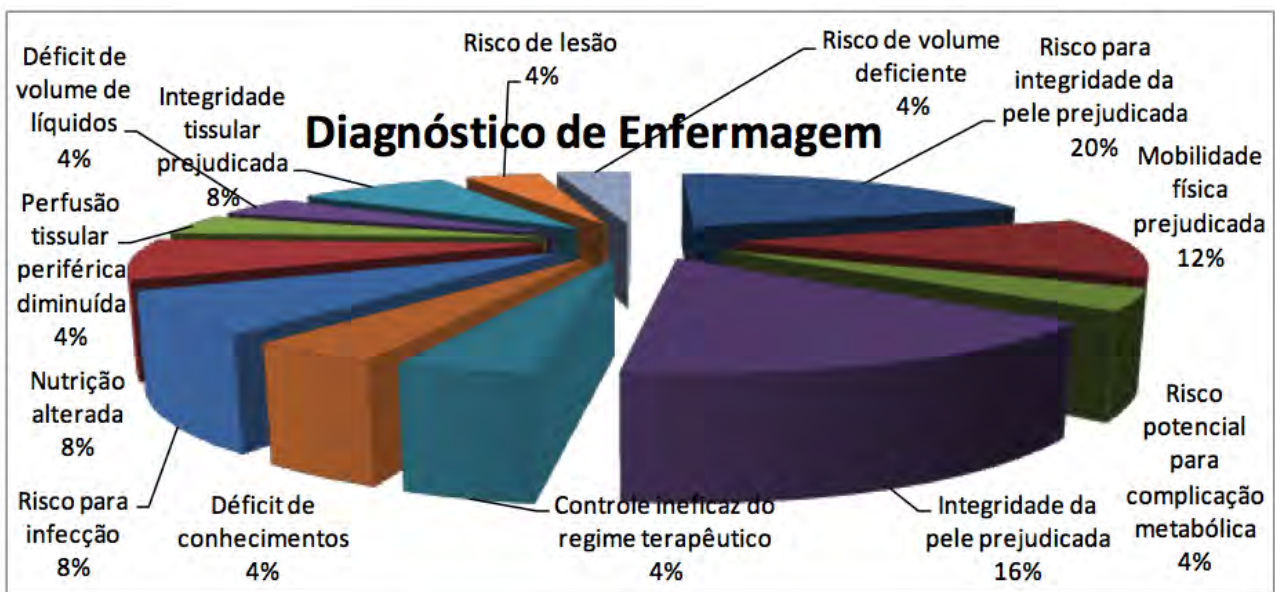
Conforme o exposto no gráfico 9 abaixo os autores dos artigos científicos selecionados ao comparamos entre si obtivemos como resultados que (66,7%) utilizaram como base do cuidado os diagnósticos de enfermagem e (22,2%) o ensino do cuidado com a pele.

Gráfico 9 Temática relacionada ao cuidado da pele do idoso



Os autores dos artigos selecionados cujo enfoque consiste no diagnóstico de enfermagem relacionado com as alterações da pele do idoso próprias do processo de envelhecimento estão descritos no gráfico 10, onde pudemos constatar que 20% com o diagnóstico de risco para integridade da pele prejudicada, 16% integridade da pele prejudicada, seguido de integridade tissular prejudicada (8%), nutrição alterada (8%), risco para infecção (8%).

Gráfico 10 Diagnósticos de enfermagem relacionados ao cuidado com a pele.



O quadro 4 apresenta a síntese dos cuidados de enfermagem com a pele do idoso descrita por autores da área de enfermagem

Quadro 4 Síntese dos cuidados com a pele do idoso.

Cuidado com a pele do idoso	Autores de enfermagem
Conhecer a microbiota da pele, as alterações da integridade da pele, as fases da cicatrização e os princípios para realização do curativo.	Marin <u>Mjs</u> , Vilela Em, Takeda E, Santos <u>If</u> , 2002.
Avaliar a redução de fatores de risco, e orientar os procedimentos de higiene corporal, vestuários e calçados adequados, massagem com hidratante	Meireles V C, Oliveira M L F, Matsuda L M, <u>Marcon S S.</u> , 2005
Prevenção, e recuperação de lesões e promoção da saúde como um todo.	Resende D M, <u>Bachion M M</u> , Araújo A O, 2006.
Redução de sangramentos, alívio da pressão, hidratação da pele, prevenção e tratamento das úlceras de pressão e lesões preexistentes e estimulação da circulação.	<u>Sakano L M</u> , <u>Yoshitome Y</u> , 2007.
Identificação dos sinais precoces de possíveis lesões e mobilização no leito	Rocha <u>Abl</u> , Barros <u>Smo</u> , 2007.
Estímulo a ingesta hídrica, a dieta adequada e as atividades físicas e de lazer	Lopes F L, <u>Tier Cg</u> , Filho W L, Santos S <u>S C</u> , 2007.
Identificação do risco de integridade da pele prejudicada e educação para a saúde com atividades que valorizem o envelhecimento	Santos A S R, Souza P A, Valle A M D, Cavalcanti A C D, Sá S P C, Santana R F, 2008.
Cuidados com a higienização e mudança de decúbito	Pena Sb, Diogo M J D, 2009
Identificação do risco de integridade da pele prejudicada relacionado a fatores mecânicos, excreções e umidade	Napoleão Aa, <u>Caldato Vg</u> , Petrilli <u>Jf</u> , 2009

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os nove artigos científicos que atendem a questão que norteia a revisão integrativa: Quais as publicações produzidas por enfermeiros que contemplem o cuidado com a pele do idoso? Foram obtidos nas bases de dados: LILACS, SCIELO.

Desta forma, identificaram-se quais são os cuidados relacionados aos cuidados da pele do idoso, onde as alterações próprias do envelhecimento da pele são o enfoque principal para o cuidado de enfermagem.

Por meio do quadro 2, observamos que 66,7% dos sujeitos dos artigos são idosos internados em instituições de saúde, esta amostragem intencional ou por seleção racional segundo Polit & Hungler (2000) origina-se da ciência de que os conhecimentos de um pesquisador sobre a população e seus elementos podem ser utilizados para selecionar os casos que serão incluídos na amostra.

Os idosos internados (56%) apresentam um risco maior para desenvolver lesões cutâneas conforme descrito pelos pesquisadores. Para Lopes, Tier, Filho & Santos (2007) descrevem que a integridade da pele prejudicada relacionado a imobilidade e evidenciado por lesões no tecido epidérmico e dérmico, eritema e úlceras são comuns nos idosos internados de longa duração em conformidade com Sakano & Yoshitome (2007) onde a integridade da pele prejudicada e mobilidade física prejudicada são encontrados nos pacientes internados.

Figueiredo e Tomini (2006) descrevem que a utilização da teoria do uso e desgaste foi bastante difundida na profissão de enfermagem, onde enfermeiras deveriam estimular o mais precocemente os idosos para evitar lesões. O estado do Brasil conforme descrito no gráfico 3, onde prevalece o maior número de artigos que compõem a revisão integrativa, pertencem ao estado de São Paulo (44%) as pesquisadoras inferem que isto advém pelo fato de São Paulo ser o estado de maior desenvolvimento sócio-econômico e tecnológico do país e por isto propiciar recursos e apoio para os pesquisadores desenvolverem seus estudos.

Com relação a titulação dos pesquisadores na maioria são doutores (40%), seguido de mestres (30%) Segundo Brasil (2010) apesar dos doutores constituírem uma parcela muito pequena da população total do país é importante estrategicamente por receberem o mais elevado nível de qualificação educacional possível, como também compõem a parcela dos recursos humanos que foi treinada especificamente para realizar pesquisa e desenvolvimento.

Quanto ao ano de publicação dos artigos que fazem parte da revisão integrativa, tivemos em 2008 seu auge no que tange aos artigos referentes ao cuidado com a pele do idoso. As leis que protegem os idosos são recentes, pois somente em 1994, o Brasil passou a ter uma Política Nacional do Idoso (Lei 8.842) e apenas cinco anos depois foi editada a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria MS 1.395/99).

Já no que se refere aos tipos de estudos publicados nas revistas, verificamos que 56% dos mesmos são de abordagem quantitativa. De acordo com Polit e Hungler (2000) a pesquisa quantitativa envolve coleta sistemática de informação numérica mediante condições de controle, além da análise dessa informação, utilizando procedimentos estatísticos que com o avanço da saúde baseada em evidências vem crescendo a utilização deste método pelos pesquisadores da área de enfermagem para uma maior valorização pela academia da ciência da saúde.

A base de dados de Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde é o mais abrangente índice da literatura técnica latina caribenha e que, portanto estimula e valoriza a publicação de artigos científicos por pesquisadores da região.

Os estudos descritivos são os artigos mais comumente publicados cerca de 30% referente a temática sobre o cuidado com a pele do idoso, em conformidade com Polit e Hungler (2000) os estudos descritivos tem grande valor à Enfermagem, pois descrevem como os fenômenos acontecem e as pesquisas exploratórias, que no estudo aparecem com 20% buscam explorar as dimensões do fenômeno registrado.

Constatamos no quadro 3 referente aos objetivos dos artigos selecionados, seis artigos têm como objetivos identificar os diagnósticos de enfermagem relacionados aos idosos conforme os autores Meireles V C, Oliveira M L F, Matsuda L M, Marcon S S, 2005; Resende D M, Bachion M M, Araújo A O, 2006; Lopes F L, Tier Cg, Filho W L, Santos S S C, 2007; Santos A S R, Souza P A, Valle A M D, Cavalcanti A C D, Sá S P C, Santana R F, 2008; Napoleão Aa, Caldato Vg, Petrilli Jf, 2009. Destes diagnósticos o risco de integridade da pele prejudicada e integridade da pele prejudicada são os mais relevantes para a constituição da revisão integrativa.

Para Doenges, Moorhouse e Murr (2005) o risco de apresentar alterações adversas a pele somente pode ser determinado através da utilização de um instrumento de avaliação de risco como a escala de Braden ou a de Waterlow. Cerca de 66,7% dos artigos que descrevem o cuidado com a pele do idoso estão centrados na identificação dos diagnósticos de enfermagem, para Alfaro-Lefevre (2009) o diagnóstico é o elemento fundamental para o processo de enfermagem por três razões: 1) a precisão e a relevância de todo o plano dependem de sua capacidade para identificar de forma clara e específica tanto os problemas quanto suas causas, 2) a criação de um plano pró-ativo que promova a saúde e previna problemas, 3) os recursos e os pontos fortes que são identificados constituem a chave para a redução de custos e maximização da eficiência.

Em segundo lugar temos o ensino-aprendizagem com 22,2% onde Tacla (2002) relata que na história recente do ensino de enfermagem encontramos algumas escolas que vêm adotando a tendência libertadora através da utilização de metodologias problematizadoras buscando articular o ensino da enfermagem com a realidade da prática profissional, formando profissionais integrados aos problemas da região. E por último temos conforme descrito no gráfico 9 sobre o enfoque envolvido no cuidado com a pele do idoso temos a avaliação, onde Lueck-enotte (2003) informa que a avaliação de enfermagem de um cliente idoso constitui um processo desafiador, pois aborda uma faixa etária bastante específica.

Os seis artigos que relatam o cuidado da pele do idoso são iniciados por meio do diagnóstico de enfermagem, onde o principal diagnóstico foi o risco para integridade da pele prejudicada (20%). Segundo a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2010) consiste no risco de a pele ser alterada de forma adversa e esta relacionada a fatores externos e internos; já a integridade da pele prejudicada, onde a alteração da epiderme e/ou derme, avaliando os fatores causadores e contribuintes para a alteração da pele.

A mobilidade física prejudicada com 12% onde a limitação no movimento físico independente e voluntários do corpo ou de uma ou mais extremidades e o nível de independência utilizando uma escala funcional padronizada. Na síntese dos artigos escolhidos para a revisão integrativa pudemos observar que Rocha & Barros (2007) em seu estudo verificou que em quase metade dos pacientes que desenvolveram a lesão, idade acima dos 65 anos confirmando o a literatura ao demonstrar que esta idade, quando associada a um ou mais fatores de risco provoca um aumento significativo na probabilidade de desenvolvimento de Úlcera por Pressão, além de ressaltar a importância de um instrumento para nortear as ações de enfermagem.

Resende et alii (2006) em seu estudo observou que a integridade de pele prejudicada entre idosos de 60 a 69 anos ocorre, possivelmente, pelo fato de que nesta idade os mesmos são mais ativos, em comparação com aqueles que apresentam idade mais avançada. Os idosos mais jovens têm maior contato com agentes agressores da integridade cutânea. O segundo grupo de maior ocorrência foi o de idosos com mais de 80 anos. Na idade mais avançada, os fatores de proteção fisiológicos podem estar com suas reservas já comprometidas, fazendo com que agentes agressivos em geral ganhem maior poder lesivo.

Segundo Filho & Netto (2005) com o envelhecimento ocorre alteração mais evidente nas fibras elásticas maduras, ocorre um aumento na quantidade de fibras elásticas, alterando na sua composição de aminoácidos, fragmentação e irregularidade de forma, além do depósito de cálcio. Tais alterações determinam mudanças nas características funcionais das mesmas, ocasionado redução da elasticidade dos tecidos que as contêm. Na pele envelhecida podemos observar é a fragmentação das fibras elásticas. As tortuosidades significam que as fibras foram esticadas e a seguir perderam a elasticidade, determinando como consequência dobras ou rugas.

Marin Mjs, Vilela Em, Takeda E, Santos If, 2002, Meireles V C, Oliveira M L F, Matsuda L M, Marcon S S., 2005, Sakano L M, Yoshitome Y, 2007, descrevem que entre os cuidados com a pele do idoso consistem em redução de sangramentos, alívio da pressão, hidratação da pele, prevenção e tratamento das úlceras de pressão e lesões preexistentes e estimulação da circulação em conformidade com Marin et alii (2002) que prestar cuidados de enfermagem ao adulto e ao idoso com alteração cutânea consiste em conhecer a microbiota da pele; identificar os tipos de alterações da integridade da pele; conhecer e identificar as fases do processo de cicatrização, do processo infeccioso dos princípios de assepsia e anti-sepsia; dos mecanismos de ação dos anti-sépticos e dos medicamentos tópicos utilizados em curativo; bem como as indicações e mecanismos de ação dos principais produtos utilizados no tratamento de feridas (papaína, hidrocolóide, hidrogel, alginato de cálcio, membranas ou filmes).

Intervenções voltadas para a educação em saúde, em atividades de apoio em grupo que valorizem o envelhecimento ativo, a padronização da linguagem diagnóstica, com o conhecimento dos fatores do envelhecimento natural como alteração no turgor da pele, integridade da pele prejudicada, estado nutricional alterado, exposição aumentada à radiação, diminuição da sensibilidade dolorosa e capacidade de movimentação prejudicada dão descritos por Resende D M, Bachion M M, Araújo A O, 2006; Santos A S R, Souza P A, Valle A M D, Cavalcanti A C D, Sá S P C, Santana R F, 2008, em seus artigos. Saber intervir diante de diagnósticos de enfermagem requer da enfermeira conhecimentos e habilidades específicas acerca do processo de envelhecimento: sobre o cuidado ao idoso, em especial com o envelhecimento da pele.

CONCLUSÃO

A população brasileira progressivamente está envelhecendo, com o surgimento de leis que protegem o idoso, emergiu a busca do envelhecimento sadio da população devendo ser uma meta natural e desejável almejada pelas políticas públicas. Possibilitar a inclusão plena do idoso à sociedade e uma velhice acompanhada por melhoria da qualidade de vida é garantir a todos uma vivência saudável.

A enfermagem como profissão do cuidar promove, prevenir, cuidar e reabilitar o ser humano em suas diversas etapas da vida, na velhice o homem adquire particularidades a esta etapa e são muito especiais, diante deste fato a enfermagem se especializa na busca do melhor atendimento a essa clientela específica.

Durante o processo de construção da revisão integrativa, pudemos observar o crescimento dos artigos referente aos cuidados da pele do idoso, principalmente no ano de 2007. É de suma importância que o profissional de enfermagem interessado nesta área gerontológica deva conhecer os processos anatômicos e funcionais do envelhecimento, sabendo diferenciar os efeitos naturais deste processo das alterações produzidas por inúmeras doenças crônicas que podem dar origem as afecções cutâneas que pode acometer o idoso.

Comparando os achados que compuseram esta revisão integrativa verificamos que seis estudos responderam a questão da investigação: Quais as publicações produzidas por enfermeiros que contemplem o cuidado com a pele do idoso? Esses artigos descrevem os cuidados com a pele do idoso, pois por meio dos diagnósticos da enfermeira pode traçar ações específicas a esta clientela e prevenir ou minimizar possíveis complicações.

Outros dois artigos propuseram um ensino que buscasse a realidade da clientela em questão para realizar um cuidado propício ao mesmo.

O enfermeiro deve estar em constante processo de atualização, para apropriar-se de conhecimentos relacionados à sistematização da assistência de enfermagem e adequar-se às suas finalidades essenciais, buscando na melhoria da qualidade da clientela idosa.

Por meio dos artigos científicos solicitados atentamos para que a maioria das publicações da área são realizada por doutores, portanto um profissional preparado para investigar as demandas da sociedade.

Nas investigações sobre a pele do idoso, houve a busca pela sistematização da assistência de enfermagem preconizada pelo COFEN através da resolução COFEN 272/2002 que estimula um processo de enfermagem dinâmico que ajuda e incentiva as enfermeiras examinarem e reexaminarem seus processos uma das características da sistematização da assistência de enfermagem.

Esta revisão integrativa demonstra que há a necessidade de estudos mais apurados para melhor identificação dos cuidados pertinentes a pele do idoso e isto se desenvolverá com pesquisa que busquem não somente os diagnósticos, mas as intervenções e os resultados desses cuidados, portanto esta revisão contribui como fonte de partida para estimular a enfermeira a buscar as melhores evidências para cuidar da pele do idoso e identifica os eventos adversos relacionados as lesões teciduais.

REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo, 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso – 1. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. CGEE. Doutores 2010: estudos da demografia da base técnico-científica brasileira - Brasília, DF: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2010.
- BRUNNER, L.S., SUDDARTH, D.S. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- CAVALINI, L. T., DE LEON, A. C. M. P. Correção de sub-registros de óbitos e proporção de internações por causas mal definidas. Rev. Saúde Pública, 2007.
- DECLAIR, V. ; PIRO, S. Novas considerações no tratamento de feridas. Rev Paul. Enferm, 1998.
- DIAZ, R. B.; QUEIROZ, M.M.P; DUARTE, Y.A.O.; IWAKURA, K.H. Aspectos de Enfermagem no cuidado informal de idosos. In: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Treinamento de cuidadores informais de idosos. São Paulo, 1994.
- DOENGES, Marilyn; MOORHOUSE, Mary Frances; MURR, Alice C. Diagnósticos de enfermagem; intervenções, prioridades, fundamentos. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2009.
- FARO, ACM. Fatores de risco para úlcera de pressão: subsídios para a prevenção. Rev Esc Enferm USP, 1999.
- FERREIRA, LM. Etiopatogenia e tratamento das úlceras por pressão. Diagn Tratam. São Paulo, 2001.
- FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida & TOMINI, Teresa. Gerontologia: atuação da enfermagem no processo do envelhecimento, Caetano do Sul, Yendis, 2006.
- FILHO, C. T. Eurico, NETTO P. Matheus. Geriatria fundamentos, clínica e terapêutica. 2 ed. São Paulo Atheneu, 2005.
- LOPES, Fernanda Lucas, TIER, Cenir Gonçalves, FILHO, Wilson Lunardi, SANTOS, Silvana Sidney Costa. Diagnósticos de enfermagem de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá, 2009.
- LUECKENOTTE, Annette Giesler. Avaliação em Gerontologia. Rio de Janeiro, Reichmnn & Affonso, 2002.
- MARIN, Maria José Sanches, VILELA, Elaine Morelato, TAKEDA, Elisabete, SANTOS, Ione Ferreira, Assistência de enfermagem ao portador de alterações na integridade cutânea: um relato de experiência de ensino-aprendizagem, Rev. Esc Enferm USP, São Paulo, 2002.
- MARTINS, Rosa Maria Lopes. Envelhecimento e saúde: um problema social emergente. <http://www.ipv.pt/millemium/Millemium27/14.htm>, acessado em 02/07/2011 às 17 horas.
- MEIRELES, Viviani Camboin, OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de, MATSUDA, Laura Misue, MARCON, Sonia Silva. Diagnóstico e ações de enfermagem a portadores de doenças crônicas assistidos no domicílio. Cogitare Enfermagem, 2005.
- NAPOLEÃO, Anamaria Alves, CALDATO, Vanessa Grazielle, FILHO, José Fernando Petrilli. Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar. Revista Eletrônica Enfermagem, Goiás, 2009.

NETTINA, SM. Prática de enfermagem. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

North American Nursing Diagnosis Association, org. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.

ORÍÁ, Reinaldo B., FERREIRA, Francisco Valdeci A., SANTANA, Érika N. Santana, FERNANDES, Mariana R., BRITO, Gerly A. C., Estudo das alterações relacionadas com a idade na pele humana, utilizando métodos de histo-morfometria e autofluorescência. Anais brasileiro Dermatologia, Rio de Janeiro, 2003.

PENA, Silvana Barbosa & DIOGO, Maria José D'Elboux. Expectativas da equipe de enfermagem e atividades realizadas por cuidadores de idosos hospitalizados. Revista Escola de enfermagem USP, São Paulo, 2009.

POLIT, Denise F. & HUNGLER, Bernandette P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3 ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 2000.

RAMOS, L. R.. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

RODRIGUES, RAP, Diogo MJD. Como cuidar dos idosos. Campinas. Papyrus; 1996.

RESENDE, Daniella de Moura, BACHION, Maria Márcia, e ARAÚJO, Lorena Aparecida de Oliveira. Integridade da pele prejudicada em idosos: estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. Acta paul. enferm. São Paulo, 2006.

ROCHA, Alessandra Bongiovani Lima & BARROS, Sonia Maria Oliveira de Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow, Acta paul. enferm. São Paulo, 2007.

SANTOS, Ariana de Souza Rodrigues dos; SOUZA, Priscilla Alfradique de; VALLE, Andreza Marques do, CAV-ALCANTI, Ana Carla Dantas; SÁ, Selma Petra; SANTANA, Rosimere Ferreira. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2008.

SOUZA, Marcela Tavares de, Silva, MICHELLY Dias da, CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. São Paulo, 2010.

(<http://www.dermatologia.net/novo/base/index.shtml> em 25/06/2011 às 17:20 hs)

A MASSOTERAPIA COMO ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO NA REDUÇÃO DO QUADRO ÁLGICO E DOS NÍVEIS DE ESTRESSE OBSERVADO EM INDIVÍDUOS RESIDENTES NA ZONA OESTE DO RIO DE JANEIRO.

MASSAGE THERAPY TREATMENT AS A STRATEGY TO REDUCE THE TABLE PAINFUL AND
STRESS LEVELS OBSERVED IN PERSONS RESIDENT IN THE AREA WEST OF RIO DE JANEIRO.

Rômulo Fonseca dos Santos Pinto

Professor das Faculdades São José - FSJ

Ranna Azevedo Batistela Rodrigues

Acadêmica de Fisioterapia das Faculdades São José

RESUMO

Atualmente o tema “estresse” vem sendo amplamente discutido e encarado como um problema de saúde pública que acomete grande parte da população no Brasil e no mundo, um mal que influencia negativamente a qualidade de vida da população levando a uma queda de rendimento em suas atividades e aumento da tensão muscular. A massoterapia é um tratamento realizado através de técnicas manuais que quando aplicadas da forma correta pode promover alívio do quadro algico e das tensões musculares, melhorando a qualidade de vida de quem recebe o tratamento podendo ter influência direta ou indireta nos níveis de estresse do paciente. Durante a coleta de dados foram avaliados 107 indivíduos, sendo 73 do sexo feminino e 34 indivíduos do sexo masculino residentes no Bairro de Realengo e regiões circunvizinhas na Zona Oeste do de Janeiro, os mesmos foram avaliados antes e depois da aplicação da massoterapia para evidenciar os efeitos da dessa terapia manual no quadro algico e no estresse. Os principais resultados demonstraram que a massoterapia é um bom recurso terapêutico a ser utilizado visando redução do quadro algico e na redução dos níveis de estresse observado nos pacientes que procuram o tratamento.

Palavras Chave: enfermagem, idoso e pele

ABSTRACT

Currently the theme "stress" has been widely discussed and seen as a public health problem that affects most of the population in Brazil and the world, a condition that adversely affects the quality of life leading to a decrease in performance in their activities and increased muscle tension. The massage therapy is a treatment performed by manual techniques that when applied correctly can promote relief of pain and muscle tension, improving the quality of life of those who receive treatment may have direct or indirect influence on stress levels in the patient. During the data collection 107 subjects, 73 females and 34 males residing in the neighborhood of Realengo and surrounding regions in the West Zone of January were evaluated, they were evaluated before and after the application of massage therapy to highlight the purposes of this manual therapy on pain symptoms and stress. The main results showed that massage therapy is a good therapeutic resource to be used aiming the pain reduction and reduction of stress levels observed in patients seeking treatment.

Keywords: Massage Therapy, Manual Therapy and Stress

INTRODUÇÃO

Atualmente, o tema "estresse" é largamente debatido, pois representa um dos fatores desencadeadores das alterações do organismo do indivíduo, que pode levá-lo às doenças ou até mesmo à morte. Aliás, seus primeiros sintomas foram percebidos pelo homem na antiguidade, quando o mesmo lutava por sua sobrevivência. Entretanto, o primeiro termo, estresse, foi utilizado por Hobert Hook, na área da física, tentando traduzir as sobrecargas, esforços ou pressões, em meados do século XVII (WESTFALL, 2008).

Atualmente o estresse vem sendo encarado como um problema de saúde pública e vem acometendo grande parte da população no Brasil e no mundo. O estresse, nos dias atuais, não está relacionado somente ao grande empresário, o homem de negócios, mas observa-se que esse mal também está presente em indivíduos de diversas posições e classes sociais: empregados, desempregados, estudantes, pessoas atarefas e não atarefadas, dentre outras (NUNES, 2013). O ser humano tem apresentado uma tendência em viver em função do tempo, com hora marcada para ir e vir, e sendo constantemente pressionado e cobrado quanto a resultados e metas a serem alcançadas. Há evidências na literatura que sugerem que esses fatores colaboram diretamente para surgimento e manutenção de sinais e sintomas característicos do estresse como aumento na tensão muscular, agitação, ansiedade, insônia, dentre outros fatores clássicos. O estresse é compreendido como uma resposta do organismo tanto na área física quanto psicológica causada por alterações psicofisiológicas atuando sobre o indivíduo quando este se depara com situações que lhe proporcionem medo, excitação, confusão, raiva ou até mesmo que lhe provoque muita tristeza (ABREU, 2012).

Em 1956, Selye, chamado "o pai da teoria stress", atribuiu a definição partindo do aspecto biológico. Definiu esse estado como uma síndrome, ou seja, um conjunto de sinais e sintomas fruto de um alto nível de desgaste causado por intercorrências do dia-a-dia. Dessa forma, o pesquisador partiu do pressuposto de que esse não é uma tensão nervosa, nem possui relação com o desequilíbrio da homeostase. Lembrando que esse outro conceito, a homeostase, refere-se ao equilíbrio do organismo, entendemos que a sua interrupção ou o seu desequilíbrio gera o principal sintoma do estresse.

A massagem é um método de terapia manual comumente eleito para o tratamento de determinadas disfunções sejam elas de origem muscular, circulatória, aderências, dentre outras. Esse recurso terapêutico manual é compreendido como um método científico de tratamento de determinadas disfunções através de procedimentos mecânico-manuais, aplicados de maneira hábil e sistêmica ao corpo. (SIQUEIRA, 2006; WOOD, 1998)

A massoterapia envolve toques rítmicos e metódicos e a compressão dos músculos e tecidos conectivos através das mãos do terapeuta, com o objetivo de otimizar a circulação sanguínea e linfática, estimulando a drenagem venosa, aumentando o metabolismo do tecido muscular, melhorando a oxigenação e a nutrição tecidual, e a elasticidade, promovendo relaxamento através do sistema parassimpático realçado e atividade do sistema nervoso simpático reduzido. (FERREIRA, 2007)

A massoterapia é um tratamento realizado através de técnicas manuais que quando aplicadas da forma correta promove alívio do quadro algíco e as tensões musculares, melhorando a qualidade de vida de quem recebe o tratamento com frequência (VILELA, 2006). Conforme Clay e Pounds (2008), as pessoas que procuram os serviços de massoterapia, geralmente sofrem de dores musculares, cansaço físico, ansiedade, preocupação e, principalmente, de estresse.

Uma das mais persuasivas é que a dor miofascial é causada por um circuito de retroalimentação (feedback) neuromuscular autoperpetuadora, no qual a estimulação por meio do toque interfere, restaurando assim a função normal.

O presente estudo tem o objetivo de evidenciar os efeitos da massoterapia como recurso terapêutico manual no quadro algíco e no estresse em indivíduos de ambos os sexos, sem restrição de raça e idade, residentes de Realengo e bairros adjacentes na Zona Oeste do Rio de Janeiro.

REVISÃO DE LITERATURA

A Massoterapia

Massoterapia pode ser definida como a aplicação de diversas técnicas manuais que visam proporcionar o alívio do estresse através da mobilização de estruturas variadas que estimulam o organismo promovendo analgesia, diminuindo edemas e melhorando a funcionabilidade do organismo como um todo. (CASSAR, 2001;SKILLGATE et al.,2010)

É um método para tocar, pressionar e amassar diversas regiões do corpo para aliviar a dor, relaxar, estimular e tonificar. A massagem faz muito mais do que produzir uma sensação agradável na pele, atuando sobre músculos, tendões e ligamentos para melhorar o tônus muscular. Ela também estimula a circulação do sangue e ajuda o sistema linfático, melhorando a eliminação de detritos ao longo do corpo.

Fatores Históricos da Massoterapia

A prática da massagem vem desde os tempos pré-históricos, com origens na Índia, China, Japão, Grécia e Roma e é uma das mais antigas e simples formas de terapia. (CASSAR, 2001).

A massagem tem sido usada nas técnicas de cura do Oriente há milhares de anos. No Ocidente, a massagem era utilizada nas medicinas grega e romana. Até mesmo Hipócrates, o “pai da medicina”, recomendava “esfregar” para ajudar o corpo. O uso clínico da massagem desapareceu durante a Idade Média e só foi retomado no século 16, quando o cirurgião francês Ambroise Paré começou a incentivar o retorno de sua prática (CASSAR, 2001).

Visão Anatomofisiológica da Massoterapia

A experiência do toque, impulsiona seu reconhecimento a partir da massagem e seu desenvolvimento pela história da humanidade. Diversas técnicas se formaram ao longo do tempo e todas induzem a atenção do ser humano para consigo próprio, o que é chamado pelos orientais de consciência. Esta, volta-se ao próprio indivíduo no momento em que ele está recebendo a massagem e por esse, e outros fatores, a massagem proporciona tranquilidade, diminui a ansiedade e propicia consciência corporal e emocional. (MUNFORD, 2010)

O tato guarda sua essência na atenção que o indivíduo volta para a experiência de ser tocado e a forma como ele se relaciona com essa sensação. Desse modo, o toque proporciona sensações que podem ser tanto agradáveis ou não e a repercussão disso se dá de modo integrativo pelos sistemas orgânicos. Essa relação entre pele, tato, e sistema fisiológico pode ser explicada pela origem dos tecidos. Ambos os sistemas, epitelial e nervoso, formam-se de diferenciações celulares do ectoderma. Este pode ser compreendido com uma superfície composta de células que envolve todo o corpo embrionário (MONTAGU, 1988).

Segundo Fogaça em 2006, a pele é como um órgão imuno-competente, apresentando atividades e reatividades ao que se refere à estimulação hormonal. Desse ponto de vista, a pele possui capacidade de metabolizar, coordenar e organizar estímulos do meio para a manutenção do equilíbrio interno e externo do organismo. (FOGAÇA, 2006).

A relação entre sistema endócrino, sistema nervoso e pele, é extremamente dinâmica e são mediadores de respostas emocionais possibilitando o desenvolvimento proprioceptivo, mas também psicoemocional. Segundo Davis em 2006, os deslizamentos suaves da massagem estimulam o sistema parassimpático e induzem uma resposta de relaxamento generalizado ao mesmo tempo em que melhoram a circulação dos líquidos e relaxam os próprios músculos. (DAVIS, 2006).

Efeitos da massoterapia

Massagem é uma técnica terapêutica que envolve a aplicação de sequências de técnicas de manipulação de tecidos, sendo que os principais efeitos são: aumento da circulação linfática (mecânico), aumento do fluxo sanguíneo (mecânico), alívio da dor (fisiológico), remoção dos produtos do catabolismo e metabolismo (fisiológico), facilitação da atividade muscular (fisiológico), relaxamento (psicológico), alívio da ansiedade e tensão (psicológico) e sensação de bem-estar. (CASSAR, 2001, DE DOMENICO, 2008).

O efeito primário da massagem consiste em produzir deformação mecânica dos tecidos por meio de uma pressão e estiramento ritmicamente aplicados. A pressão comprime e estira os tecidos moles e, portanto distorce os tecidos excitáveis e não excitáveis do corpo. Os tecidos excitáveis são aquelas estruturas que respondem de um modo mensurável e imediato a um estímulo mecânico aplicado externamente. Os tecidos não excitáveis são compostos de estruturas como ossos, ligamentos e cartilagem. Se um estímulo mecânico é aplicado ao músculo especialmente de forma contínua, o corpo irá reestruturar (alongar) os componentes elásticos em série e em paralelo. Já a pressão mecânica aplicada também pode afetar o fluxo sanguíneo e linfático aumentando a circulação de ambos além dos efeitos de produção de movimentos e mobilização dos tecidos. (CASSAR, 2001).

Os efeitos fisiológicos são provenientes dos efeitos mecânicos que agem sobre os tecidos gerando um efeito indireto sobre a movimentação da linfa provocando aumento da circulação sanguínea e linfática, aumento do fluxo de nutrientes, remoção dos produtos do catabolismo e metabolismo, promoção de relaxamento local e geral e aumento da extensibilidade do tecido conjuntivo. (DE DOMENICO, 2008).

O alívio da ansiedade e da tensão por meio da massagem está intimamente ligado a promoção do relaxamento, no entanto para que haja resultado a pessoa deve ser capaz de minimizar os impulsos corticais que transitam pelos neurônios motores medulares. Já o alívio da dor deve-se a fricção da pele na qual estimula mecanorreceptores, e estes sinais aferentes são capazes de bloquear a transmissão e possivelmente a percepção dos sinais nociceptivos. (DE DOMENICO, 2008).

O Estresse

A definição de estresse é compreendida como uma resposta do organismo tanto na área física quanto psicológica causada por alterações psicofisiológicas atuando sobre o indivíduo quando este se depara com situações que lhe proporcionem medo, excitação, confusão, raiva ou até mesmo que lhe provoquem muita tristeza. As pessoas mais propensas a sofrer com o estresse são aquelas com hipersensibilidade do sistema límbico, sem esquemas para enfrentar situações adversas (MONTE NERO, 2009).

A massoterapia na área da Saúde

Atualmente existem estudos que comprovam o aumento da procura pelos serviços da medicina alternativa com maior destaque para a massoterapia, a acupuntura e a terapia holística e atualmente o interesse de profissionais da saúde como médicos e enfermeiros estão interessados nas terapias alternativas e até mesmo já encaminham pacientes a esses profissionais (SALOMONSEN et al., 2001; THIAGO, 2010).

A Massoterapia no quadro algico e no estresse

Em dias atuais, a massoterapia tem sido reconhecida entre os profissionais da Saúde como um excelente recurso na prevenção das dores, do cansaço físico e mental, considerada uma das terapias mais eficazes no tratamento do estresse. Por se tratar de um recurso manual não invasivo que atua proporcionando melhoria na circulação sanguínea e linfática, melhorando o metabolismo, aliviando tensões e proporcionando bem estar físico e mental (SEUBERT, 2008).

Os indivíduos que procuram os serviços de massagem terapêutica geralmente se queixam de dor muscular, cansaço físico, ansiedade, preocupações, principalmente de estresse, que, é o resultado de todas as reclamações anteriormente citadas (CLAY, 2008). Pesquisas sugerem que patologias de origem genética, traumática ou até mesmo neurológica desencadeiem alterações psicoemocionais (SEUBERT, 2008).

METODOLOGIA

O levantamento dos dados ocorreu durante um projeto de atendimento, assistência e orientação à população do bairro Realengo e adjacências, promovido pelas Faculdades São José – FSJ em parceria com a Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga localizada na Av. Santa Cruz em Realengo (em frente à instituição de ensino). O projeto atraiu criança, adolescentes, jovens, adultos e idosos que receberam orientações sobre o alcance e manutenção do bem estar físico, mental e social, além disso os participantes do projeto foram avaliados e receberam tratamento através da terapia manual por professores das Faculdades São José e por alunos orientados e supervisionados pelo professor responsável pela disciplina Recursos Terapêuticos Manuais - RTM e pela coordenação do curso de fisioterapia.

Amostra

A amostra foi composta por 107 indivíduos, sendo 73 do sexo feminino e 34 indivíduos do sexo masculino residentes no Bairro de Realengo e regiões circunvizinhas na Zona Oeste do de Janeiro, sem distinção de raça e faixa etária. Os indivíduos foram avaliados antes do procedimento terapêutico para determinar assim os níveis de quadro algico e estresse observado no paciente, e foram reavaliados após o procedimento terapêutico visando averiguar melhora ou piora no quadro atual do paciente.

Seleção da Amostra

Todos os indivíduos que participaram desse estudo se apresentaram de maneira voluntária demonstrando clareza e orientação em suas respostas evidenciando, com isso, pleno gozo de suas funções físicas e mental para as avaliações propostas pelos responsáveis da coleta de dados do presente estudo.

Crítérios de Exclusão de Amostra

Foram excluídos do presente estudo científico todo voluntário que não se apresentou de forma voluntária, ou não apresentou condições clínicas, físicas ou mentais para realizar as avaliações propostas e/ou responder com clareza e orientação aos questionamentos realizados pelos responsáveis pelo estudo. Além disso, foram excluídos do procedimento terapêutico todo e qualquer voluntário que apresentou contra indicações para a aplicação da massoterapia como feridas abertas na pele, lesões cutâneas, manchas com alteração de sensibilidade, dentre outras.

O Procedimento Terapêutico

Inicialmente o paciente foi submetido a avaliação ectoscópica através da inspeção quanto a presença de lesões de pele, manchas hipossensíveis, dentre outras possíveis contra indicações para a massoterapia, posteriormente o paciente observado quanto ao nível de estresse aparente e questionado quanto presença e a intensidade do quadro algico na região de dorso. A intensidade da dor foi avaliada através da Escala Analógica da Dor que gradua os níveis de quadro algico de 0 (zero) à 10 (dez), onde 0 (zero) é ausência de dor e 10 (dez) é uma dor insuportável (Davim, 2009) (Anexo 1).

Após essa coleta de informações iniciais o terapeuta realizou todo procedimento de limpeza e higienização das macas, em sequencia posicionou o paciente em decúbito ventral com o dorso livre para a realização dos métodos de técnicas de massoterapia. Utilizando óleo mineral como agente redutor de atrito o terapeuta aplicou um protocolo de tratamento visando relaxamento muscular e bem estar geral iniciando com o deslizamento superficial, deslizamento profundo, rolamento, torcedura, deslizamento profundo e finalizando com o deslizamento superficial. Após a aplicação dos recursos terapêuticos manuais o terapeuta realizou uma reavaliação dos níveis de dor e estresse.

Tratamento dos dados

Os dados coletados foram anotados e computados separadamente, logo após, foram contabilizados e expressos em forma de gráficos do tipo "colunas" e "pizza" com a utilização do programa Microsoft Excel possibilitando a verificação de forma percentual e quantitativa dos resultados das variáveis de estudo concernentes à incidência e intensidade do quadro algico e níveis de estresse dos indivíduos avaliados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Indivíduos avaliados e submetidos ao tratamento.

Durante a ação social promovida pela coordenação do curso de Fisioterapia das Faculdades São José em conjunto com a Clínica da Família Armando Palhares Aguinaga localizada na Av. Santa Cruz em Realengo (em frente à instituição de ensino) foram avaliados 107 pacientes onde, 34 eram do sexo masculino e 73 do sexo feminino como é ilustrado no gráfico 1. Esses pacientes foram avaliados antes e depois da aplicação de um protocolo de tratamento pré-estabelecido visando melhora no quadro algico e nos níveis de estresse. Após análise dos dados coletados na pesquisa salientou-se os seguintes dados:

Análise da eficácia da massoterapia na redução do quadro algico em indivíduos do sexo masculino.

Durante as análises dos dados coletados, observou-se que 15 indivíduos, ou seja, 44% dos avaliados chegaram até o setor apresentando dor na região do dorso do corpo humano e evoluiu de forma satisfatória com a redução do quadro algico, já 18 indivíduos (53%) que se apresentaram de forma voluntária ao procedimento não relataram dor inicial e percebeu-se que a massoterapia não influenciou negativamente em seu quadro promovendo dor numa região previamente indolor, esse quadro só se apresentou num percentual mínimo dos indivíduos vinculados ao estudo, apenas 1, ou seja, 3% dos avaliados como mostra o gráfico 2 e 3.

Percentual de indivíduos do sexo masculino que apresentaram melhoras no quadro algico entre 20% e 100%.

Houve um índice relevante de indivíduos do sexo masculino que apresentaram melhoras em seu quadro de dor, porém, verificou-se a importância de se quantificar essa melhora através da análise dos dados gerados pela escala analógica da dor visando evidenciar o percentual de indivíduos que apresentaram melhoras de 20% até 100% no quadro algico. Dentro dessa ótica constatou-se que a maioria dos indivíduos (aproximadamente 47% dos indivíduos) apresentaram melhoras de 20% em seu atual quadro de dor, e uma minoria de aproximadamente 7% obtiveram uma melhora de 100% no quadro algico como vemos no gráfico 4.

Análise dos níveis de estresse observado em indivíduos do sexo masculino após intervenção terapêutica.

Após a aplicação da massoterapia foi observado uma melhora significativa nos níveis de estresse apresentado previamente nas pessoas, dos indivíduos submetidos ao tratamento, 74 % apresentaram melhoras nos níveis de estresse enquanto em 26% deles não houve influencia positiva nem negativa no quadro como pode ser observado no gráfico 5.

Análise da eficácia da massoterapia na redução do quadro algico em indivíduos do sexo Feminino.

Quanto ao sexo feminino observou-se um maior número de indivíduos participantes do estudo, 73 no total. Deste quantitativo constatou-se que 64%, ou seja, 47 indivíduos apresentaram melhoras no quadro algico após terapia, enquanto 20 indivíduos, 27% das participantes do estudo não apresentavam dor prévia e a massoterapia não promoveu desconforto ou quadro de dor nas mesmas. Uma minoria dos pacientes, 4 no total (6%), chegaram ao setor com o quadro algico já instalado e não perceberam melhoras, e apenas 3% (2 pacientes) relataram aumento na dor ou no desconforto na região de dorso após Terapia (gráficos 6 e 7).

Percentual de indivíduos do sexo feminino que apresentaram melhoras no quadro algico entre 20% e 100%.

Das participantes do estudo que apresentaram melhoras no quadro algico, avaliou-se o percentual desse ganho desde melhoras de 20% no nível da dor até 100%. Diferentemente do sexo masculino, observou-se que os níveis de melhora no quadro algico após a terapia foram mais prevalentes entre 20% e 40% no sexo feminino como mostra o gráfico 8, já no sexo masculino o índice de melhoras mais prevalente foi de 20%.

Análise dos níveis de estresse observado no indivíduo do sexo feminino após intervenção terapêutica.

Quanto aos níveis de estresse observado após o procedimento terapêutico, foram constatados resultados muito positivos como 81% de melhoras no quadro de estresse observado, 19% dos indivíduos não apresentaram alterações e não houve registro de pacientes que, ao final da terapia, saíram com estresse elevado em relação aos níveis apresentados no início da terapia como expressa o gráfico 9.

Análise da eficácia da massoterapia na redução do quadro algico em indivíduos de ambos os sexos.

Fazendo uma análise geral, englobando os indivíduos tanto do sexo feminino quanto do sexo masculino, percebeu-se que o procedimento terapêutico foi um sucesso refletido pelos resultados de melhora no quadro algico em 58% dos avaliados, esses dados corroboram informações de outros artigos como, por exemplo, as informações publicadas por Abreu em 2012. Constatou-se também que não é comum a massoterapia promover aumento no desconforto e/ou no quadro algico dos indivíduos avaliados (35% + 4% totalizando 39%), porém uma minoria, estatisticamente irrelevante, relatou piora em seu quadro, como demonstra os gráficos 10 e 11.

Percentual de indivíduos de ambos os sexos que apresentaram melhoras no quadro algico entre 20% e 100%.

Analisando a população geral do estudo percebe-se que os índices mais prevalentes de melhora no quadro de dor ficaram entre os 20% e 40% como mostra o gráfico 12. Isso demonstra a eficácia da massoterapia, como recurso terapêutico manual, na redução do quadro algico na região de dorso de pacientes de ambos os sexos.

Análise dos níveis de estresse observado no indivíduo de ambos os sexos após intervenção terapêutica.

De forma geral, os níveis de estresse em resposta ao tratamento foram satisfatórios, corroborando com informações previamente publicadas na literatura onde afirmam que esse tipo de tratamento pode promover efeitos calmante, relaxante e combate ao estresse (MUMFORD, 2010; ABREU 2012). Uma grande maioria (79%) dos pacientes tratados apresentaram melhoras nos seus níveis de estresse ao passo que não houve relatos de piora, evidenciou-se também em 21% dos casos que a massoterapia promoveu a manutenção dos níveis de estresse apresentados previamente pelo paciente como pode-se observar no gráfico 13.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados é possível concluir que a massoterapia, como recurso terapêutico manual, apresenta uma eficácia relevante concernente à melhora do quadro algico e nos níveis de estresse observado nos indivíduos que foram submetidos à terapia, além disso, observou-se que houve uma manutenção na ausência do quadro algico com melhora nos níveis de estresse nos indivíduos que procuraram o tratamento sem dor prévia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABREU MF, Souza TF, Fagundes DS. Os Efeitos da Massoterapia Sobre o Estresse e Físico e Psicológico. Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente. 3(1):101-105, jan-jun, 2012.
2. CASSAR, M. P. Manual De Massagem Terapêutica Barueri, São Paulo, Manole, 2001.
3. CLAY, J. H; POUNDS, D. M. Massoterapia clínica: Integrando anatomia e tratamento. Barueri: Manole, 2008.
4. DAVIM RMB, Torres GV, Dantas JC. Efetividade de Estratégias não Farmacológicas no Alívio da Dor de Parturientes no Trabalho de Parto. Rev. Esc. Enferm. USP 2009; 43(2): 438-45.
5. DE DOMENICO, G. Técnicas de Massagem de Beard Princípios e Práticas de Manipulação de Tecidos Moles. 5ªed. Rio de Janeiro; Editora Elsevier, 2008.
6. FERREIRA ASM, Lauretti GR. Massoterapia como Técnica Adjuvante no Controle da Dor em Pacientes Oncológicos sob Cuidados Paliativos. Prática Hospitalar, ano IX, nº53, Set/Out, 2007.
7. MONTAGU A. Tocar: O significado humano da pele. São Paulo: Summus, 1988.
8. MONTE NERO, D.S. Efeitos das Técnicas Manuais de Massagem Sobre o Nível de Estresse Percebido de Indivíduos Idosos. Disponível em: <<http://www.uefs.br/portal/colegiados/educacao-fisica/menus/monografias/2009>>. Acesso em: 13/Nov/2011.
9. MUNFORD S. A Bília da Massagem. São Paulo: Pensamento, 2010.
10. NUNES LF, Nunes SH, Kupich MMD. Massagem com Conchas no Alívio dos Sintomas de Estresse e de Dores Musculares, ISSN 2238-832X, Caçador, v.2, n.2, p. 107-119, 2013.
11. SELYE, H. Stress, a tensão da vida. Edição original publicada por McGraw – Hill Book Company, Inc. 1956.
12. Siqueira HP. Análise das alterações fisiológicas provenientes da massagem clássica em função do tempo de aplicação. Revista PIBIC, Osasco, v. 3, n. 2, 2006, p. 59-72

13. SEUBERT, F.; VERONESE, L. A Massagem Terapêutica Auxiliando na Prevenção e Tratamento das Doenças Físicas e Psicologias In: Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro, Convenção Brasil: Latino-América, VIII, II, 2008. Curitiba ISBN – 978-85-8769-13-2).
14. SKILLGATE, E. et al., The long-term effects of naprapathic manual therapy on back and neck pain- Results from a pragmatic randomized, 2010.
15. VILELA, D. A. Uma visão sobre reflexologia. V Simpósio de Educação do Sudoeste Goiano, Educação Brasileira: Análise das mudanças recentes. Campus Jataí/UFG – Jataí Goiania. 06 a 11 de novembro de 2006.
16. WESTFALL, R. S. Robert Hooke. Rice University (The Galileo Project). Tradução de René Lenhart. São Paulo: Hucitec, 2008.
17. WOOD E, De Domenico, G. Técnicas de massagem de Beard. 4. ed. São Paulo: Manole, 1998. p. 6-9.


ANEXOS

Anexos 1 – Ficha de Avaliação

FICHA DE ANAMNESE

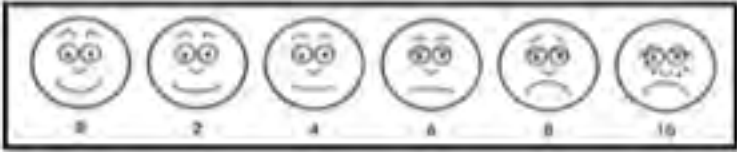
Idade: _____ Sexo: _____ Profissão: _____
Estado Civil: _____ Filhos (,): _____

Antes do Procedimento Terapêutico:
Como está a sua dor?



0 2 4 6 8 10

Após o Procedimento Terapêutico:
Como está a sua dor?



0 2 4 6 8 10

Estado Observado: (,) Melhora | | Piora | | sem Alterações

Anexo 2 – Gráficos

Gráfico 1 - Indivíduos avaliados e submetidos ao tratamento

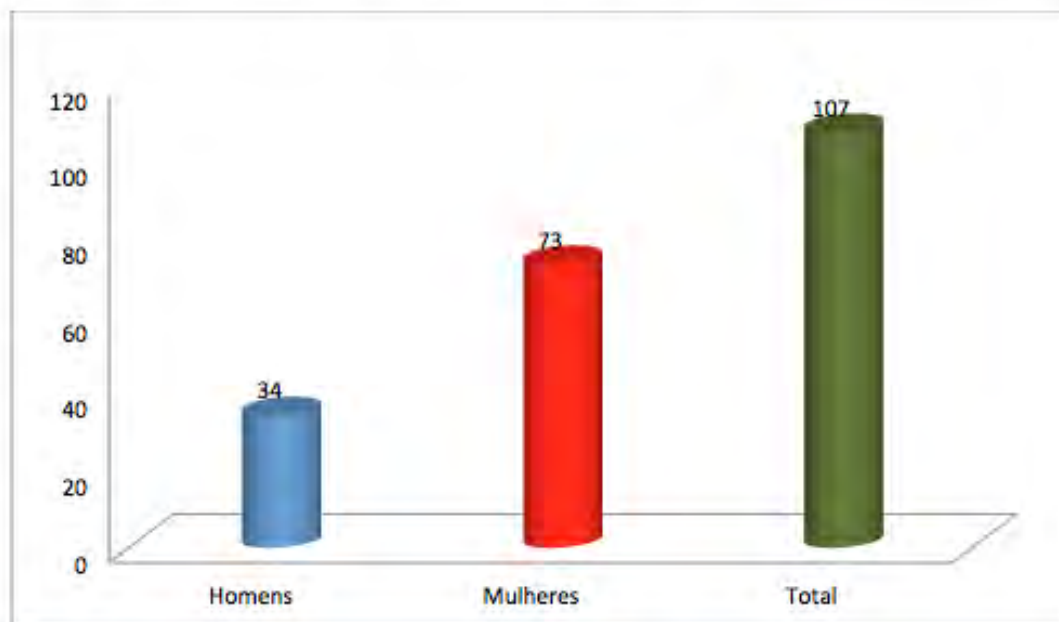


Gráfico 1 – Número de indivíduos submetidos a massoterapia para redução do quadro álgico e estresse.

Gráficos 2 e 3 - Análise da eficácia da massoterapia na redução do quadro álgico em indivíduos do sexo masculino.

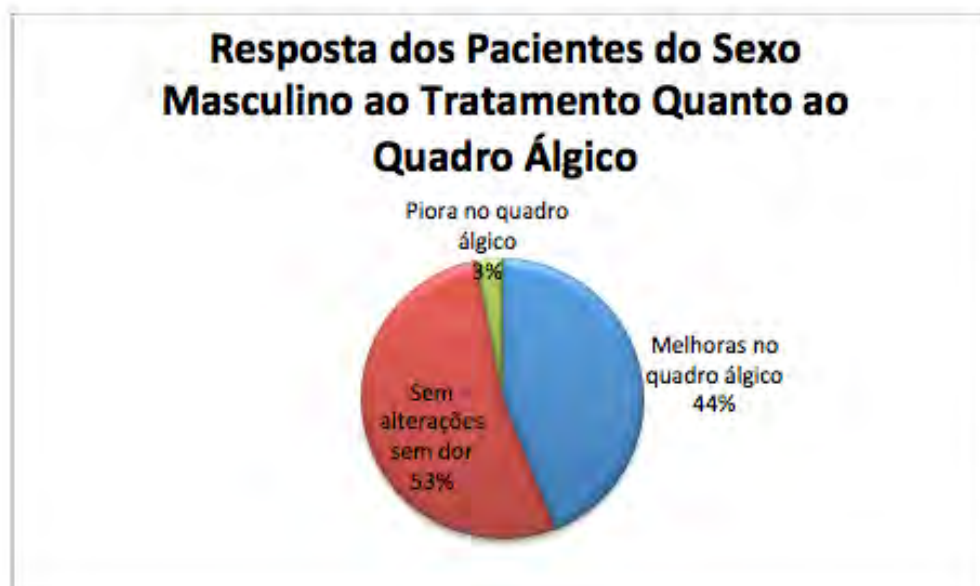


Gráfico 2 – Percentual dos Pacientes do Sexo Masculino ao Quanto a Resposta ao Tratamento para Redução do Quadro Álgico.



Gráfico 3 - Quantitativo dos Pacientes do Sexo Masculino Quanto a Resposta ao Tratamento para Redução do Quadro Álgico.

Gráfico 4 - Percentual de indivíduos do sexo masculino que apresentaram melhoras no quadro álgico entre 20% e 100%.

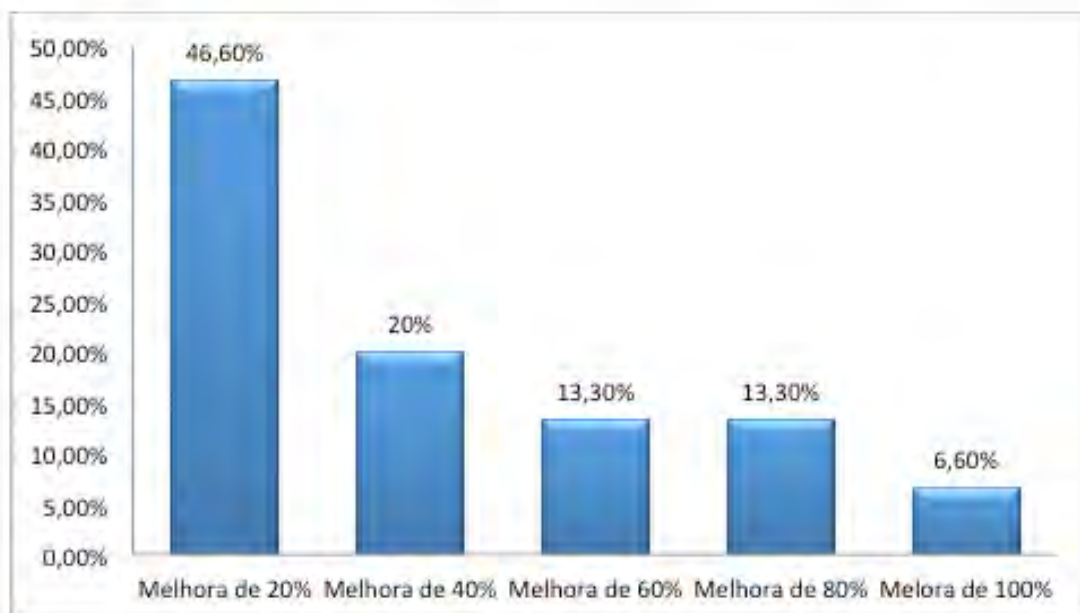


Gráfico 4 - Percentual de indivíduos que apresentaram melhoras no quadro álgico entre 20% e 100%.

Gráfico 5 - Análise dos níveis de estresse observado no indivíduo do sexo masculino após intervenção terapêutica.



Gráfico 5 – Distribuição da população do sexo masculino quanto aos níveis de estresse observado pós-intervenção terapêutica.

Gráfico 6 e 7 - Análise da eficácia da massoterapia na redução do quadro álgico em indivíduos do sexo Feminino.



Gráfico 6 - Percentual dos Pacientes do Sexo Feminino quanto à resposta ao Tratamento para Redução do Quadro Álgico.



Gráfico 7 – Quantitativo dos Pacientes do sexo feminino quanto à resposta ao tratamento para redução do quadro álgico.

Gráfico 8 - Percentual de indivíduos do sexo feminino que apresentaram melhoras no quadro álgico entre 20% e 100%.

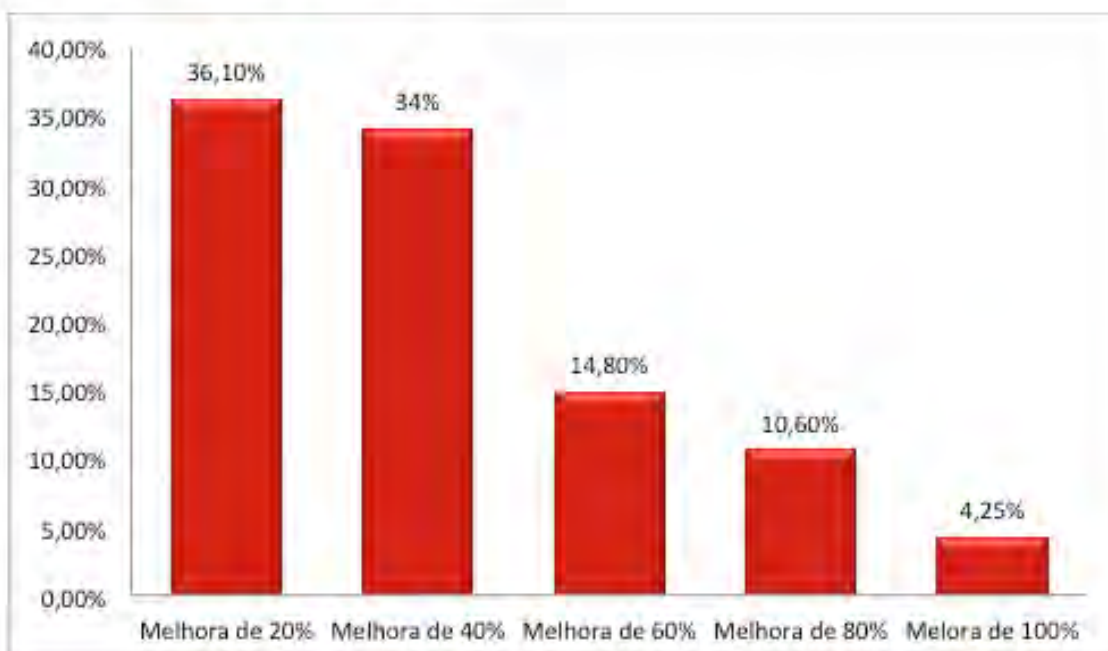


Gráfico 8 – Percentual de indivíduos que apresentaram melhoras no quadro álgico entre 20 e 100%.

Gráfico 9 - Análise dos níveis de estresse observado no indivíduo do sexo feminino após intervenção terapêutica.



Gráfico 9 – Distribuição da população quanto aos níveis de estresse observado pós-intervenção terapêutica

Gráfico 10 e 11 - Análise da eficácia da massoterapia na redução do quadro algico em indivíduos de ambos os sexo.



Gráfico 10 – Porcentagem dos pacientes quanto à resposta ao tratamento para a redução do quadro algico.



Gráfico 11 – Quantitativo de Pacientes de Ambos os Sexos Quanto à Resposta ao Tratamento para Redução do Quadro Álgico.

Gráfico 12 - Percentual de indivíduos de ambos os sexos que apresentaram melhoras no quadro álgico entre 20% e 100%.

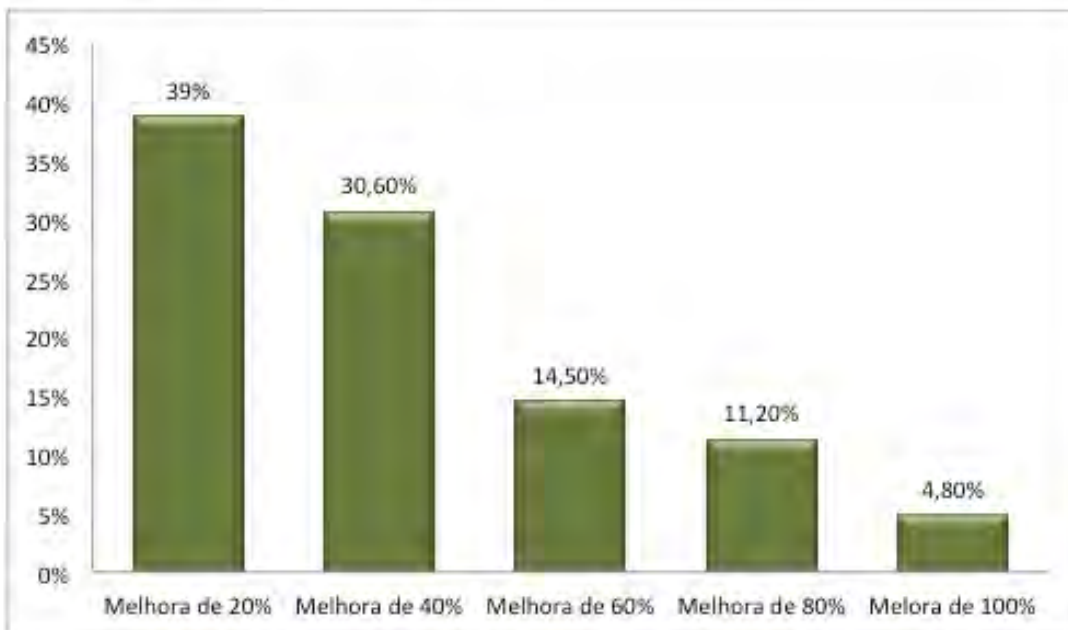


Gráfico 12 – Percentual Total de indivíduos que apresentaram melhoras entre 20% e 100%

Gráfico 13 - Análise dos níveis de estresse observado no indivíduo de ambos os sexos após intervenção terapêutica.



Gráfico 13 – Distribuição da população total quanto aos níveis de estresse observado pós-intervenção terapêutica.

A Relação «Economia/Cultura» no contexto da Globalização, dos Paradigmas Energético-Ambientais e do Estado-nação: A Ruptura com o Pensamento Econômico Dominante

The «Economy/Culture» relationship in the context of Globalization of Energy and Environmental Paradigms and the nation-State: The Break with the Dominant Economic Thought

Fernando José Pereira da Costa | fjpcosta@sapo.pt

Professor na cidade do Porto, Portugal e doutorando em economia pela Universidade de Santiago de Compostela, Espanha.

Manoel Gonçalves Rodrigues | manoel.grodrigues@gmail.com

Professor nas Faculdades São José e pós-doutor em economia do meio ambiente e transporte pela Universidade da Califórnia em Davis, Estados Unidos.

RESUMO

A ter como pano de fundo a globalização, aqui vista como a atual etapa da economia sistema-mundo capitalista, de modo a ir de encontro aos argumentos em prol da secundarização, ultrapassagem e fim do Estado-nação, a ocorrência da transição de paradigmas energético-ambientais tende a configurar um novo modelo civilizacional que conduza à uma abordagem socioeconômica lastreada na interculturalidade. Isto fica claro ao se apontar para um universo energético-ambiental renovável e sustentável, cuja construção implica numa profunda alteração da relação «Economia/Cultura», rompendo-se com parâmetros técnico-econômicos e socioculturais herdados no âmbito de uma posição subordinada a nível da economia mundial. Em primeiro lugar, a redefinição do binômio «Economia/Cultura» passa pela constatação que é negada pelos globalistas qual seja, o Estado-nação não pereceu e encontra numerosos pontos de justificação, em pleno processo de globalização, notadamente no que diz respeito às políticas públicas e seus encaminhamentos junto ao segmento energético, de modo a promover a interação entre a esfera energética e a esfera ambiental, propiciando, assim, a referida transição interparadigmática. Desse modo, viabiliza-se, no bojo do novo paradigma energético-ambiental, uma nova abordagem econômico-cultural que tenha em linha de conta a contrarrestação ao mainstream, afirmando a importância vital do Estado-nação e, com isso e a partir daí, redefinir o modelo energético-ambiental, de modo a que se venha a conseguir o estabelecimento do novo paradigma.

Palavras Chave: Economia, Pensamento Econômico, Paradigma.

ABSTRACT

The process of globalization, seen here as the current stage of the capitalist world-economy system into the direction of arguments in favor of secundarization, overtaking and end of the Nation State, the occurrence of the transition into a paradigm energetic-environmental tends to set a new model of civilization that leads to a socioeconomic approach backed in interculturality. This becomes clear when you point to a universe-energy renewable and environmentally sustainable, the construction of which implies a profound change in the relationship "Economy/Culture", breaking with the techno-economic and socio-cultural legacy within a subordinate position within the world economy. First, the redefinition of the binomial "Economy/Culture" is the finding that is denied by the globalists, that is, the nation-state has not perished and finds numerous points of justification, in the process of globalization, especially when it comes to public policy and respects their referrals by the energy sector in order to promote the interaction energy between the sphere and the environmental system, providing thus the changeover interparadigmatic. Thus, it allows up, in the midst of the new paradigm energetic-environmental, a new economic-cultural approach which takes into account the claiming the vital importance of the nation state and thereby and thereafter reset the model energetic and environmental, so that it will achieve the establishment of the new paradigm.

Keywords: Economy, Economic Thought, Paradigms.

INTRODUÇÃO

No contexto da economia global e no âmbito do desenvolvimento do mundo capitalista, ocorre uma gradual mudança de paradigmas energético-ambientais. Na concepção deste trabalho, o paradigma não é apenas energético ou somente ambiental, antes atribuindo-se-lhe um carácter sistêmico-dinâmico-interativo, pelo qual a vertente energética e a componente ambiental surgem como faces complementares de um mesmo modelo. De fato, se a Primeira Revolução Industrial (PRI) consolidou o Paradigma dos Combustíveis Fósseis (PCF), os choques petrolíferos da década de 1970 o puseram em xeque, abrindo caminho para uma nova configuração em termos de paradigma energético-ambiental, que teria como base técnico-energético-organizacional as energias renováveis, criando-se espaço para um novo paradigma, ou seja, o Paradigma das Fontes Energias Renováveis (PFRE).

Contudo, as condições para o estabelecimento efetivo deste novo paradigma ainda não se encontram devidamente amadurecidas. Logo, o que se tem hoje é uma fase de transição entre o paradigma outrora hegemônico e aquele que o irá substituir. O que se busca mostrar neste trabalho é até que ponto a simples ação dos mercados no mundo globalizado é capaz de promover a implementação das medidas necessárias à emergência definitiva do novo paradigma energético-ambiental. Em outras palavras, o que aqui se busca discutir é que a transição paradigmática, em termos energético-ambientais, só se viabilizaria através não apenas da regulação e coordenação, mas também da interação estratégica das várias componentes da Política Pública. Isto, por seu lado, implicaria na adoção de uma abordagem estratégica e planificatória da questão e de uma nova concepção de Estado, políticas públicas e planejamento.

Na PRI, ocorrida na Inglaterra entre os séculos XVIII e XIX, configurou-se o PCF, primeiramente baseado no carvão e, mais tarde, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, tomando-se o petróleo como energético diretor. Este paradigma baseava-se num modelo de elevado nível de voracidade energética com profundos impactos sobre o meio ambiente. A ocorrência dos choques petrolíferos da década de 1970 começa a mostrar as debilidades e aspectos perversos do modelo que caracterizaria o PCF.

A partir daí tem início um processo de transição para um novo paradigma energético-ambiental, a saber: o PFRE, no qual assumem importância estratégica a base técnico-econômico-produtiva e a construção de uma matriz energética sustentável, a ter como pano de fundo as questões climáticas e a procura pela configuração/aplicação de um novo estilo de desenvolvimento, menos voraz a nível do consumo de energia e mais compatível com a sustentabilidade ambiental.

Na verdade, a hegemonia do PCF, no âmbito dos países da Periferia/Semiperiferia, resulta dos/os parâmetros de subordinação, no contexto da economia mundial, dessas nações. Isto configura um modelo energocivilizacional a relegar para um plano claramente inferior o binômio relacional «Economia/Cultura». Não é só a periferação econômico-política e sócio-cultural que se manifesta, mas também aquela que se mostra mimético-dependente face ao PCF, que relega para a posição de atraso econômico-cultural o recurso a uma base energoprodutiva renovável. Assim sendo, passa-se a ter uma forte deturpação a nível da relação «Economia/Cultura», uma vez que os ratios de rentabilidade/produzitividade afetos à rationale do PCF concedem validade/prioridade aos recursos energofósseis em detrimento da base energética renovável local e geralmente articulada com a tradição histórico-produtiva dos países periféricos/semiperiféricos (a cana-de-açúcar no Brasil, por exemplo).

Com relação ao modelo energético-ambiental que se avizinha, ou seja, o PFRE, o mesmo poderá implicar num novo relacionamento «Economia/Cultura», uma vez que contemplará a base energética (e energoprodutiva) autóctone/renovável dos países periféricos/semiperiféricos, mormente os úmido-tropicais. O recurso à biomassa e aos combustíveis oriundos da mesma (em particular o etanol e os biocombustíveis) poderá vir a representar uma mudança no eixo «Centro/Periferia», com uma inversão na hierarquia hegemônica/energotecnológica. O PFRE e a fase transitória em termos de câmbio paradigmático (do PCF ao PFRE) implicarão no fato de se privilegiar um novo padrão em termos econômico-culturais, baseado nos energéticos renováveis e, em especial, na biomassa. Com isso, redefine-se o binômio «Economia/Cultura» no sentido de se passar a dispor de um modelo energoprodutivo/energotecnológico mais de acordo com o universo de recursos naturais e com os aspectos culturais relacionados com a Periferia/Semiperiferia.

Assim sendo, a política econômica deverá passar a interagir sistematicamente com a política energética e com a política ambiental, através da gestão estratégica da matriz energética e da construção de uma matriz energética sustentável, bem como com outras esferas da Política Pública, isto é: tecnológica, industrial, agrícola, etc., numa perspectiva efetivamente sistêmica.

INTRODUÇÃO PARADIGMAS ENERGÉTICO-AMBIENTAIS NO CONTEXTO DAS REVOLUÇÕES INDUSTRIAIS

A noção de paradigma energético mostra-se insuficiente face à real dimensão do problema e deve ser aprofundada pelo conceito de paradigma energético-ambiental, partindo-se do princípio de que existe uma relação sistêmico-interativa entre energia e meio ambiente. Logo, faz muito mais sentido falar-se em paradigma energético-ambiental do que somente em paradigma energético.

Esta interação configura a definição de um modelo de sociedade assentado sobre uma determinada base energotecnológico-produtiva e estruturada em função de um determinado modelo econômico. Portanto, cada paradigma vai implicar na hegemonia de uma modalidade de energéticos, nas suas interações e implicações sobre o meio ambiente e num relacionamento biunívoco-interativo com aquilo que se poderia denominar de configuração social lato sensu (econômica, social, tecnológica e institucional), que o molda e, simultaneamente, por ele é moldada, de modo a perenizar uma determinada base sócio-energético-produtiva e a definir padrões sócio-técnico-organizacionais.

A transição de paradigmas a nível energético-ambiental implica numa postura estratégica, de carácter gestor-organizacional-planificatório, que se traduza por uma intervenção sobre a base produtiva e a construção de uma matriz energética sustentável. Para isto, torna-se necessário implementar a gestão estratégica da matriz energética, buscando sua diversificação e fazendo crescer, de forma significativa, a participação das fontes energéticas renováveis (os energéticos diretores do novo paradigma), de modo gradual e evolutivo e atendendo às necessidades e à realidade de cada contexto (principalmente do contexto nacional), levando em consideração a base energética, o universo de recursos naturais, a estrutura produtiva, o manancial tecnológico e as necessidades de crescimento/desenvolvimento.

Por outro lado, a construção de uma matriz energética sustentável tem como pano de fundo as questões climáticas (redução das emissões de carbono) e, partindo-se do princípio que as alterações do clima, nesta ou naquela magnitude, têm, de fato, uma significativa componente antropogênica, a implementação de uma matriz energética significativamente mais limpa reforça (e é dialéticamente reforçada) pela configuração/aplicação, de forma efetiva, de um novo estilo/modelo de desenvolvimento. A construção desse novo modelo de desenvolvimento passa, necessariamente, pela gestão estratégica da matriz energética, pela construção de uma matriz energética sustentável e pela interação sistemática entre as distintas esferas da política pública (econômica, industrial, agrícola, tecnológica, energética, ambiental, etc.).

De modo a regressar ao ponto anteriormente abordado, cabe o registro de que a expressão Revolução Industrial é utilizada para se referir à industrialização inglesa (industrialização originária) ocorrida no final do século XVIII e no início/meados do século XIX. Contudo, considerando o que assinala Cazadero (1995, p. 7), o processo industrializador gerado pelas economias hoje ditas desenvolvidas, integrantes do núcleo dinâmico do sistema econômico internacional, é um tema de suma importância, tanto é que a esses países muita da literatura afeta à problemática do desenvolvimento os denomina de países industrializados. Porém, quando se fala de Revolução Industrial há que considerar, conforme o faz Cazadero (1995, pp. 15 - 24), a ocorrência não apenas de uma, mas de três revoluções industriais.

A Revolução Industrial inglesa dos séculos XVIII/XIX constitui-se na Primeira Revolução Industrial (PRI). A Segunda Revolução Industrial (SRI), que se iniciou entre finais do século XIX e princípios do século XX, já mostrava sinais de esgotamento na década de setenta do mesmo século. Por outro lado, a Terceira Revolução Industrial (TRI) é a que se vive atualmente, tendo como base um núcleo tecnológico bastante diferenciado. Tanto a SRI quanto a TRI constituem-se, em maior medida do que a PRI, processos de alcance mundial, com cada uma delas gerando um profundo abismo entre as sociedades a elas respectivamente afetas.

Consoante o registrado por Cazadero (1995, p. 224), há que se atentar para a base tecnológica da TRI, na qual os conhecimentos disponíveis são mais amplos e a interação destes com as variáveis sociais reveste-se de um grau elevado de incerteza. Na verdade, o que se verifica é que toda revolução industrial é, simultaneamente, uma revolução tecnológica, registrando-se a incorporação de progresso técnico a nível da base produtiva. A TRI, por seu lado, é a mais tecnológica das revoluções industriais e, talvez por isso, fosse mais correto denominá-la de Terceira Revolução Industrial e Tecnológica (TRIT).

Na sequência da TRI/TRIT, é Singer (1998, pp. 174 e 175) que registra a existência de um claro descompasso entre a aceleração do progresso tecnológico e a desaceleração do crescimento econômico, uma vez que este último irá depender muito mais da evolução da demanda efetiva do que do avanço da tecnologia. Na verdade, o que ocorre é que as atividades econômicas, em diferentes momentos, valem-se de tecnologias oriundas de vários estágios geracionais, enquanto somente uma determinada fração da produção surge como resultado da utilização de tecnologias mais recentes, resultantes do processo de inovação. O que ocorre é que a coexistência de diferentes estágios tecnológicos implica em diferentes produtividades e custos de produção e isto pode ser explicado por diversos fatores.

Para além disso, ao contrário do que é alardeado pelo mainstream neoliberal, os mercados não são perfeitos, os níveis salariais não primam pela uniformidade e uma mesma mercadoria pode ser posta à venda, em mercados distintos, em diferentes condições de acesso e preços. Por outro lado, os baixos níveis salariais compensam a baixa produtividade das tecnologias mais antigas e muitas vezes obsoletas. Para além disso, a qualidade dos produtos também não é uniforme. A questão é que o crescimento da economia conduz a um mais rápido processo de atualização e substituição tecnológica, o que leva ao crescimento da produtividade, sem que necessite ocorrer, necessariamente, o avanço das melhores técnicas.

Já a recessão, por seu lado, conduz à desaceleração da atualização tecnológica, sendo possível a quebra de empresas que mostrem defasagem tecnológica, bem como de outras que tenham recorrido ao endividamento para promover o reequipamento. Na recessão, as inversões tendem a cair em razão da superprodução, que atua como elemento de desestímulo ao investimento produtivo. Na verdade, o que se observa é que a TRI/TRIT, no caso das economias capitalistas centrais, não consegue reverter o quadro recessivo existente, o que poderia significar que os ganhos de produtividade potenciais por ela possibilitados teriam sido muito pouco aproveitados num contexto de pouco dinamismo e semi-estagnação das economias centrais. Pode-se mesmo assinalar que o quadro tende a se agravar após a crise financeira de 2008, com perspectivas nada otimistas face ao desenrolar da situação vivida na área do euro, por exemplo.

De fato, há que registrar a acelerada exportação de capitais para países em desenvolvimento, notadamente para as economias asiáticas, dotadas de maior dinamismo e de sistemas dirigistas estatal-planificadores. Por outro lado, cabe assinalar que as multempresas adotam as novas tecnologias (notadamente a nível da automação) com um certo grau de rapidez. Contudo, é provável que muitas empresas tenham crescido os seus níveis de produtividade valendo-se de tecnologias mais antigas e salários mais baixos, o que teria ocorrido não somente nos países desenvolvidos, mas também nas economias em desenvolvimento.

Neste ponto pode-se mesmo arriscar que no caso das áreas dinâmicas das economias em desenvolvimento (a dispor de sistemas estratégico-planificadores), possa ter havido uma combinação de inovações tecnológica com níveis relativamente mais baixos de salários, o que conduziria a elevados saltos a nível da produtividade. Em função disso, não seria exagero levantar a hipótese de que o potencial transformador da TRI/TRIT estaria sendo realizado nas economias em desenvolvimento da Ásia, cujo dinamismo poderia ser em parte justificado pelo estatal-dirigismo, configurado pela existência de um efetivo planejamento estratégico.

O conceito de TRI/TRIT parte do princípio que não houve apenas uma Revolução Industrial, mas sim três Revoluções Industriais, ocorridas em momentos históricos distintos e em diferentes etapas do desenvolvimento do capitalismo industrial, correspondendo a mudanças profundas a nível da base produtivo-industrial e da estrutura organizativo-empresarial-administrativa.

Cada revolução industrial produz um reordenamento dos processos competitivos, fruto da inovação e do avanço tecnológico, que conduzem a mudanças na função de produção. Na PRI, há a destacar a máquina a vapor, principalmente a partir do momento em que os engenhos mecânicos passam a valer-se do ferro para o seu fabrico (máquinas-ferramentas) e, a nível dos bens de consumo, os têxteis. Na verdade, de acordo com a perspectiva de Cazadero (1995, pp. 9 e 10), no que se refere à análise da industrialização das sociedades, a mesma não deve ser tomada como um processo linear, antes devendo contemplar períodos de continuidade e fases de ruptura, aí inserindo-se o conceito de Revolução Industrial.

A nível da interação entre economia, energia e meio ambiente, cabe registrar que um dos pilares dessa relação sistêmico-dinâmica é constituído pela necessidade de se promover a montagem da matriz energética sustentável, fruto da gestão estratégica da matriz energética com implicações a nível ambiental (crescimento do percentual de participação das fontes renováveis de energia), energético (valorização das fontes energéticas autóctones e redução da dependência energética externa) e econômico (redução das fontes energéticas exógenas, com impactos positivos em termos das contas externas). A matriz energética sustentável poderá vir a significar, no contexto da ótica sistêmico-interativa aqui contemplada, uma base de lastreamento em busca de um novo modelo/estilo de desenvolvimento.

É neste ponto que se atenta para o fato de serem os países centrais, em termos históricos, os maiores emissores/poluidores, enquanto os países periféricos/semiperiféricos necessitam de crescer e de promover o desenvolvimento sustentado de suas economias. Este aspecto reveste-se de crucial importância, não apenas no que diz respeito ao passivo histórico-energético, mas também quanto ao fato de que os países periféricos/semiperiféricos terem o direito de crescer, de se desenvolver e de melhorar sua inserção no contexto da economia mundial.

Parece óbvio que em muitos capítulos as nações periféricas/semiperiféricas, com destaque para as economias emergentes da Semiperiferia, não precisam trilhar o mesmo caminho de ineficiência energética e de descuido/agressão ao meio ambiente percorrido pelos países centrais desde a PRI (séculos XVIII e XIX), em virtude do progresso técnico, de técnicas/processos de produção menos energívoros, de métodos mais avançados de organização e gestão da produção/manejo de recursos naturais e energéticos e da introdução de fontes energéticas renováveis, mormente da biomassa.

Caberia registrar que de qualquer modo, apesar da posição atualmente ocupada pela China, os maiores emissores/poluidores continuam a ser os países pertencentes ao «Núcleo Orgânico Central» da economia sistemamundo capitalista, detentores de capital e tecnologia, o que poderia significar, por um lado, um elemento fundamental na busca de critérios mais equitativos na tentativa de se resolver a questão energético-ambiental. No entanto, por outro, este aspecto vem por se constituir num enorme complicador (praticamente num óbice), por exemplo, ao estabelecimento de um Acordo Climático Global. A própria dificuldade em arquitetá-lo, para além de implementá-lo, surge como resultado efetivo da desigualdade e heterogeneidade que marcam a configuração da própria economia mundial.

Por outro lado, a retórica do aquecimento global serviria como base ao desatrelamento do carbono do eixo «produção/consumo», conduzindo a uma nova configuração produtiva, energética, espacial e social, baseada em pequenas unidades, núcleos populacionais reduzidos e na rejeição do crescimento econômico, de modo a conduzir a uma sociedade igualitária (o projeto utópico-ecologista). Contudo, a utopia ecologista não encontra fundamentos mínimos na realidade. As necessidades prementes dos países da Periferia em superar o atraso, debelar os focos de miséria e incorporar as grandes massas de excluídos econômico-sociais a tornam totalmente inviável na prática e apontam para uma intervenção sistêmico-estratégica de cunho energético-ambiental como a única alternativa possível.

Um aspecto extremamente importante na busca por uma matriz energética diversificada e sustentável, instrumento de cunho estratégico de um novo mix energético na fase de transição paradigmática e que se mostra coerente com o universo de recursos e o *savoir-faire* tecnológico-energético-produtivo dos países em desenvolvimento e emergentes, principalmente no caso dos países do Trópico Úmido e particularmente na situação do Brasil, diz respeito ao aproveitamento energético da biomassa. Deve-se ressaltar o uso da biomassa na cogeração, o qual se maximiza através da geração de calor e potência. Na verdade, tais condicionamentos/restrições acabam por se constituir em pontos fortes e oportunidades para a difusão da biomassa a nível da matriz energético-produtiva brasileira (e de outros países do Trópico Úmido).

A relação entre a economia (através da política econômica) e a busca por uma matriz energética sustentável compreende-se pelo fato de que uma maior diversificação da referida matriz, principalmente por energéticos autóctones que tomam como fonte a biomassa, traduzir-se-á em economia de divisas, criação de postos de trabalho, desenvolvimento regional, criação de empresas e geração de renda. Contudo, essa relação só faz sentido se existente, considerada e analisada de forma sistêmico-integral, ou seja, no âmbito de uma abordagem dinâmico-interativa de todas as áreas da Política Pública.

Assim sendo, só num contexto sistêmico no âmbito da Public Policy é que ganha relevo a relação «economia/matriz energética», uma vez que a diversificação e sustentabilidade da mesma terá implicações não somente de índole econômico-financeira como também de carácter industrial, tecnológico, energético, ambiental, etc. Isto fica notório no caso da biomassa para os países do Trópico Úmido, notadamente no caso do Brasil. O uso energético da biomassa conduzirá, sem dúvida, a uma maior diversificação da matriz energética, com notórios impactos sobre o nível de auto-suficiência dos países que adotarem tal opção. Com isso, consegue-se obter uma matriz energética com elevado nível de sustentabilidade (uma matriz energética significativamente mais limpa) e amplia-se a possibilidade de se promover uma gestão mais flexível e estratégica da mesma. Além disso, a entrada em cena das fontes renováveis de energia (com destaque para a biomassa) terá implicações profundas a nível da estrutura produtiva, da base industrial e do escopo tecnológico.

A produção de álcool energético, por exemplo, num país como o Brasil, conduziu à aceleração dos esforços de pesquisa tecnológica a nível agrícola (novas espécies de cana-de-açúcar, novas técnicas de adubagem/fertilização do solo, novos procedimentos de cultivo, a viabilidade energética da mandioca, etc.) e a nível industrial (processos mais eficientes, aproveitamento calorífico/energético do bagaço, utilização dos dejetos/refugos, etc.).

A biomassa, e também outras fontes de energia renováveis tais como o aproveitamento da energia do sol e dos ventos, surge como elemento delineador estratégico para que os países em desenvolvimento e emergentes passem não somente a trilhar caminhos mais sustentáveis em termos da sua matriz energética, reforçando sua posição quanto à possível configuração de um Acordo Climático Global, como também atribuindo-lhe menores graus de dependência energética e possibilitando também a consecução da ruptura com a condição periférica e a superação do estágio semiperiférico-emergente via o alcance de um efetivo upgrade industrial e tecnológico, de modo a alavancar um real processo de desenvolvimento.

O uso energético da biomassa apresenta diversos aspectos condicionantes. Em primeiro lugar, há que referir a questão da concorrência entre energia e alimentos. Esta poderá existir em países a dispor de reduzidas áreas agriculturáveis e de uma fronteira agrícola limitada, o que não impede o desenvolvimento da agro-energia desde que feito o adequado zoneamento/planejamento agrícola, no qual se contemple a delimitação das diferentes modalidades de cultura e utilização do solo, por exemplo produção de alimentos, culturas de exportação, pecuária e agro-energia.

Existem outras questões, muito presentes em diversas críticas que se fazem ao uso energético da cana-de-açúcar para a produção de álcool etílico e que têm a ver com o empobrecimento do solo, com a forte necessidade de intensos esforços de irrigação e com o elevado uso de fertilizantes de base petroquímica. Contudo, essas críticas, na maior parte das vezes, não encontram fundamento na prática, pois partem de uma visão estático-catastrofista face ao entorno político-institucional, ao escopo estratégico-planificatório e à mutabilidade tecnológica.

ESTADO NAÇÃO

Em razão do que é apontado por Held et al. (2002, p. 18), o Estado moderno é, de fato, o Estado-nação. Este, por sua vez, constitui-se em um aparato político que se mostra distinto tanto do governante como do governado, exercendo a jurisdição suprema sobre uma área territorial delimitada. O exercício desta, por seu lado, repousa na exigência de um monopólio do poder coercitivo. Este aspecto faz com que o Estado-nação passe a desfrutar de uma legitimidade, a qual, por sua vez, surge como resultado de um nível mínimo de apoio/lealdade de seus cidadãos. Desse modo, o Estado-nação respalda-se não apenas no exercício do poder coercitivo (e na capacidade de o exercer), mas também na legitimação junto aos seus nacionais. Assim sendo, o Estado-Nação moderno e suas implicações inovadoras (territorialidade, controle monopolizador dos meios de coerção/violência, estrutura de poder impessoal e exigência particular de legitimidade) marcam a fixação gradual das fronteiras e dão o mote para a constituição da sociedade internacional de Estados (Estados-nação). A questão é saber se existe alguma razão quanto ao discurso da *débâcle* do Estado-nação em razão da globalização. Para além das pressões de ordem econômica/financeira e do seu relativo enfraquecimento face à “nova” ordem econômica mundial, fruto muito mais da desregulação neoliberal do que propriamente de um sistema mundial já existente (approach wallersteiniano), estaria o Estado-nação condenado à extinção?

Para Held et al. (2002, pp. 544 - 549), a globalização contemporânea não implica, necessariamente, na erosão do poder do Estado ou no desaparecimento do Estado-Nação, mas antes na sua transformação e reconversão. Na verdade, o argumento histórico-globalista (que vê a globalização como um processo anterior à emergência do capitalismo) assinala que assim como as primeiras formas históricas de globalização associaram-se a formas particulares de formação e transformação dos Estados, na época contemporânea os processos de globalização encontrar-se-iam também associados com uma transformação dos poderes do moderno Estado-nação. De fato, concebe-se o moderno Estado-nação em razão de elementos-chave afetos a ele, a saber: funções, papel, autoridade, autonomia e soberania, com as pautas do atual processo de globalização a implicar numa significativa renegociação dos elementos relacionados à soberania/autonomia do Estado-nação. Isto implicaria em inovações institucionais, no surgimento/recrudescimento da concorrência comercial a nível global e no desenvolvimento de redes globais de produção, conduzindo ao estabelecimento/fortalecimento do primado da competitividade e da consequente necessidade de se fazer guiar a economia e a base produtivo-tecnológica nacional em função da vantagem comparativa/competitiva no contexto de uma ordem econômica global.

Isto, por conseguinte, consoante o alerta de Held et al. (2002, pp. 549 e 550), conduzirá a uma preocupação muito mais intensa com relação à reorganização do Estado (e não raras vezes à redefinição do seu papel), à reestruturação das instituições burocráticas domésticas e ao estabelecimento de um novo padrão de eficiência econômica nacional/ corporativa, assim como o surgimento de uma nova Divisão Internacional do Trabalho (DIT). Em razão destes aspectos, torna-se necessário arquitetar/implementar novas modalidades de coordenação política e de organização burocrática nacionais para administrar a internacionalização dos processos de tomada de decisões. Tudo isto a contemplar a possibilidade de ocorrência de fraturas sócio-políticas e sócio-econômicas, bem como de rupturas a nível da redefinição das divisões sociais/políticas de poder (as correntes protecionistas X as correntes liberais em termos de comércio internacional) e ainda em termos do surgimento de novas formas de desigualdade ou outras que pareciam há muito superadas.

Estes aspectos impactariam principalmente as economias pertencentes ao «Núcleo Orgânico Central» do capitalismo. Há, de fato, de acordo com o que é assinalado por Held et al. (2002, pp. 550 e 551), uma reconfiguração a nível do Estado-nação e, no interior deste, em termos do papel e redimensionamento do Estado face à economia, à sociedade e ao mercado. O argumento que aqui se apresenta, portanto, é de que a globalização econômica não está a enfraquecer o poder do Estado e, logo, pondo em xeque o próprio Estado-nação. Contudo, na visão deste trabalho, preocupa-se em salientar se a globalização não estaria a comprometer a soberania/autonomia dos Estados nacionais, que são, por sua vez, as manifestações máximas/inequívocas daquilo que se convencionou denominar de Estado-Nação. A questão que aqui se coloca é se a globalização não estaria a subverter a própria soberania do Estado-nação, isto é, se os impactos a nível regional/mundial ou regional/global estariam a definir, a nível supranacional, uma nova ordem com base num sistema múltiplo de poder, na qual o Estado-nação assegurasse a sua soberania ou se, pelo contrário, haveria riscos reais à soberania ou mesmo à sobrevivência do Estado-nação.

De fato, como bem observa Rodrik (2010, p. 276), o antagonismo entre os mercados globais e o Estado-nação induz à necessidade premente das economias nacionais em manter um mínimo de controle sobre a sua base produtiva, industrial e tecnológica, bem como sobre o seu arcabouço político-institucional em termos de iniciativas de carácter regulatório e no contexto das políticas públicas. A presença dessas contradições, bem como o seu extremo acirrar, mostra que o Estado-nação encontra numerosas áreas de justificação/legitimação para a sua existência e ação, devendo-se fortalecer, justamente, no momento em que se acentua o nomeado processo de globalização, notadamente no campo da regulação, coordenação e mesmo intervenção.

Na realidade, o que ocorre é que o designado processo de globalização, aqui visto como algo despojado de ineditismo e como mais uma etapa do desenvolvimento do capitalismo enquanto sistema histórico, ou seja, a economia sistema-mundo capitalista, no contexto do approach wallersteiniano, se por um lado exerce pressões sobre o Estado-nação e seu respectivo poder de intervenção, por outro, exige uma presença cada vez maior do mesmo a nível governativo-regulatório, nacional-desenvolvimentista e estatal-planificatório. Na verdade, o Estado-nação, malgrado o peso enorme dos impactos adversos oriundos do designado processo de globalização, não se parece esboroar, quanto mais não seja enquanto idéia/conceito. A ocorrência do chamado processo de globalização a nível da economia mundial torna o Estado-nação e todo o seu manancial de ferramentas técnicas, institucionais, políticas e econômicas, tais como as várias modalidades de políticas públicas, a saber: industrial, tecnológica e tarifária; a estratégia de desenvolvimento e o planejamento estratégico governamental cada vez mais necessários (com certeza mais do que antes) de modo a buscar a inserção ativa de um dado país no contexto da economia mundial capitalista, desta feita em plena etapa da nomeada globalização.

Portanto, ao contrário do que apregoam os ideais globalistas/liberais, o Estado-nação é ainda necessário (na realidade, extremamente necessário), notadamente no que diz respeito a promover a inserção ativa das economias, mormente as das regiões em desenvolvimento, no contexto da economia mundial (o capitalismo na etapa da nomeada globalização), a alavancar processos de desenvolvimento baseados no trinômio «Indústria – Inovação – Tecnologia», principalmente no que se refere aos países em desenvolvimento, com destaque para os denominados emergentes e a neutralizar os impactos adversos da globalização e dos mercados globais desregulados sobre essas economias.

GLOBALIZAÇÃO E ECONOMIA

O conceito de globalização, muitas vezes incerto ou impreciso, outras vezes definitivo e revestido de um forte teor de inevitabilidade, vem sendo utilizado para caracterizar o conjunto de transformações ocorridas, a nível da economia mundial, desde o início da década de setenta do século XX. Com visões extremamente otimistas (como a concepção da Tríade, de Kenichi Ohmae) confrontando-se com perspectivas fortemente críticas (ou mesmo céticas), como a que é partilhada por Hirst & Thompson (1998, pp. 14 e 15), que contestam o fato da economia ser realmente global, pois os fluxos de comércio, de investimentos e financeiros se concentrariam nos limites da Tríade (Estados Unidos - Japão – Europa), a globalização, seu conceito e configuração não se constituem em uma unanimidade.

Por outro lado, Gray (1999, pp. 81 – 84) afirma que o processo de globalização (difusão do capitalismo de mercado) poderia ser obstado por aspectos nacionais (culturais) de modo que o capitalismo emergente da Rússia, a economia chinesa e as corporações japonesas se constituem em entidades de caráter nacional (cultural) específico, não sendo, portanto, passíveis de se diluírem em algum processo de globalização que tome como bitola os padrões do capitalismo norte-americano. Por outro lado, é Wallerstein (1998, p. 18) quem frisa que o capitalismo é essencialmente um sistema social histórico e que se configura na economia-mundo capitalista, isto é, a economia capitalista teve sempre uma dimensão mundial ou pelo menos além-fronteiras.

O fato é que em razão das controvérsias e multiplicidades de visões e abordagens quanto ao conceito de globalização, bem como do real significado que tal vocábulo encerra, vale-se, aqui, do ponto de vista de Adda (2004, pp. 102 e 103), segundo o qual as empresas multinacionais, promotoras dos investimentos, operam em pólos regionais (ainda que relativamente mais vastos), como parece ser o caso do conjunto «Japão – NPIA – ASEAN » para a maior parte dos investimentos das empresas japonesas, que, aliás, dominam os fluxos de investimentos diretos estrangeiros nessa área.

Portanto, a nível da estruturação do espaço econômico internacional, embora não desprezando as aspirações a buscar blocos regionais mais amplos, cabe o registro de que a instância nacional continua a ocupar um lugar essencial na economia mundial contemporânea, não só em razão dos laços forjados pela cultura e pela história, como também pela ação do Estado nacional. Este, é certo, encontra-se, muitas vezes, limitado pela liberação e desregulamentação (que surgem, por sua vez, como subprodutos da globalização). Assim, o Estado passa a atuar no sentido de promover a valorização dos recursos humanos e do ambiente logístico das empresas, propiciando a ambiência favorável ao investimento e à geração de empregos. Logo, não se pode pensar a globalização como um estado, mas antes como um processo, que pode se deter a nível da Tríade, mas também pode transcendê-la abarcando outras áreas da economia mundial.

De outro modo, Rodrik (2010, pp. 275 2 e 276) entende a globalização como o aumento da integração do comércio e das finanças. A globalização apresenta às distintas economias tanto oportunidades quanto desafios. De acordo com este autor, o lado positivo da globalização consiste no fato de que a expansão global dos mercados promete uma maior prosperidade através da divisão do trabalho e da especialização com base na vantagem comparativa. Este aspecto reveste-se de um maior grau de importância e de especial significado para os países/economias em desenvolvimento, possibilitando-lhes o acesso a bens de capital e à tecnologia ao nível do estado da arte. Entretanto, segundo assinala Rodrik (2010, p. 276), a globalização limita a capacidade dos Estados nacionais em levantarem instituições regulatórias e distributivas. Contudo, por outro lado, a globalização irá exigir instituições nacionais fortes. De fato, é bem provável que nunca antes fosse tão necessária a presença de instituições nacionais fortes como na globalização. Na realidade, as políticas de carácter social, as enormes capacidades dos intermediários financeiros em driblar toda e qualquer regulação ou controle governamental e a gestão macroeconômica nunca foram tão necessárias, mas ao mesmo tempo tão difíceis de serem implementadas. Neste item em particular, a tarefa é mais árdua para as economias em processo de desenvolvimento, detentoras de tecidos institucionais mais fragilizados.

Para Rodrik (2010, pp. 277 - 279), a economia mundial está longe de ser um mercado global sem fronteiras em que as mercadorias, serviços e ativos fluam através das fronteiras nacionais sem qualquer tipo de restrição. Na verdade, até que ponto os Estados-nação foram realmente despojados de todos os poderes e capacidades? De fato, há que constatar que se está muito longe de um mundo em que os mercados de bens, serviços e fatores de produção estejam perfeitamente integrados, basta citar que existe uma elevada correlação entre as taxas de investimento nacional e a taxa nacional de poupança, para além de uma grande dependência das primeiras face à esta última. Por outro lado, registra-se uma forte ausência a nível das transações de bens de capital, isto comprovando que a integração econômica tem ficado aquém dos níveis previsionalmente apontados (em termos teóricos ou mesmo a nível de valores) pelos globalistas mais eufóricos.

Por outro lado e levando-se em consideração as análises e comentários de Nouriel Roubini em entrevista a FUCS (2009, s/p.), a crise iniciada em 2008 é a pior já vivida pelos Estados Unidos da América e pelos demais países pertencentes ao «Núcleo Orgânico Central» do capitalismo desde a Grande Depressão de 1929. Nesta, registrou-se um encolhimento para 20% ou mais na economia. A crise atual não seria tão trágica. Contudo, mesmo no contexto de uma recessão e de uma crise bancária que durem dois anos, a crise será muito mais séria e longa que qualquer outra crise nos últimos quarenta ou cinquenta anos. Os impactos ultrapassam o centro do capitalismo e podem chegar aos países emergentes da Semiperiferia, mormente aos que compõem o grupo BRIC (Brasil, Rússia, Índia e China), aumentando os riscos das economias emergentes enfrentarem uma aterrisagem brusca e de se entrar, de fato, numa recessão global.

Entretanto, Roubini (2011, s/p.) aponta para o agravamento da crise na eurozona, que correria um sério risco de se desmantelar caso os problemas vividos por Espanha e Itália viessem a se agravar. A concepção de Roubini (2011, s/p.) é que o pior só poderia ser evitado através da adoção simultânea de três medidas, a saber: 1 - a entrada do Banco Central Europeu (BCE) com uma política de empréstimos sem fim à vista, com fonte de liquidez ilimitada e com juros nos 0%; 2 - a ocorrência de estímulos à economia alemã (núcleo e motor da eurozona) e 3 - os países com economias mais frágeis concordarem em somar austeridade a mais austeridade. O fundamental seria recuperar a competitividade externa e o crescimento econômico, mas a eurozona não tem emprestadores credíveis.

Por outro lado, Roubini (2011, s/p.) observa que a eurozona poderia sobreviver com a reestruturação da dívida e a saída de um país com uma economia de porte reduzido (Portugal ou Grécia). Contudo, se a reestruturação/saída envolver países como a Espanha ou Itália, estará se gerando o desmembramento da eurozona, desastre em câmara lenta cada vez mais perto de ocorrer.

Entretanto, as eventuais soluções apontadas por Roubini (2011, s/p.) parecem distantes do realizável. São elas, a saber: 1 - repor o crescimento e a competitividade através de um euro mais fraco e de políticas de estímulo nos países centrais; 2 - diminuir a inflação para os países periféricos; 3 - financiar os países mais pequenos infinitamente. A alternativa à não implementação dessas medidas seria acabar com o euro. Em outros termos, caso não se consiga desvalorizar o euro, nem crescer, nem diminuir a inflação, a única solução seria abandonar o euro e regressar às moedas nacionais.

ROMPER COM A POSTURA MIMÉTICO-PERIFÉRICA E O PENSAMENTO ECONÔMICO DOMINANTE

A globalização, aqui considerada como a atual etapa da economia sistema-mundo capitalista, ocorre e se acelera no momento da emergência e hegemonia da ordem econômico-financeira neoliberal, a ter como superestrutura jurídico-política, mormente a nível dos países pertencentes ao «Núcleo Orgânico Central» do capitalismo, o modelo liberal-democrático (cada vez mais liberal e crescentemente menos democrático). Assim sendo, apesar de se considerar a globalização como mais uma etapa na trajetória e no desenvolvimento da economia sistema-mundo capitalista, pode-se considerar que existe, desde os anos setenta do século XX, com a ascensão das idéias da Escola de Chicago enquanto dogma de orientação política/econômica dos EUA (com Ronald Reagan) e do Reino Unido (com Margaret Thatcher), a nível dos países orgânico-centrais, mas também nos países da Periferia/Semiperiferia, com destaque para a América Latina, onde o corte cirúrgico sem anestesia foi feito em países como Chile e Argentina e de modo menos dramático, mas nem por isso menos profundo, no Brasil (a adoção *tout court* do Consenso de Wahington).

Aquilo que se poderia denominar de globalização neoliberal, implicando na supremacia de visões liberais, neoliberais e ultraneoliberais, tem no enfraquecimento (quicá no fim) do Estado-nação o seu *ex libris* teórico-ideológico. De fato, a globalização neoliberal tem implicado em fortes constrangimentos à ação e ao desempenho do Estado-nação, cujo elemento de operacionalização e viabilização é o Estado nacional. Isto, por seu lado, configura uma composição perversa a nível do binômio «Economia/Cultura», com o predomínio do econômico sobre o político (aquilo que algumas forças políticas periférico-europeias tidas como críticas no âmbito da liberal-democracia denominariam de economicismo) e a hegemonia do econômico sobre o cultural/nacional. Tal implicaria no condicionamento do Estado-nação e de seus instrumentos de intervenção (políticas públicas, coordenação e planejamento), bem como na sua total descaracterização em termos culturais e nacionais, o que reforçaria as opções afetas ao PCF e relegaria a segundo plano todas as iniciativas condizentes com o PFRE.

Logo, torna-se necessário recuperar o Estado-nação, enquanto ator principal do drama desenrolado no palco da economia mundial capitalista, em que se cruzam a globalização, o paradigma neoliberal e a despolitização (a pseudoneutralização) da ciência econômica. Assim sendo, torna-se necessário reconduzir o Estado-nação à sua verdadeira posição, o que, na verdade, se constitui em condição *sine qua non* para que se promova a transição paradigmática (rumo ao PFRE), de modo a se configurar um novo modelo civilizacional que implique na hegemonia da sustentabilidade e interculturalidade e na promoção de uma renovada interação a nível do binômio «Economia/Cultura». Desse modo, o Estado-nação e as suas principais prerrogativas em termos de políticas públicas, regulação, coordenação, intervenção e planejamento estratégico, surgem como elemento central a nível da implementação de um novo modelo energético-ambiental, de cariz predominantemente econômico-cultural, sustentável, predominantemente endógeno e calcado na segurança energética e ambiental.

Portanto, recuperar a posição do Estado-nação e o poder de intervenção e regulação do Estado nacional e do governo implica, num primeiro momento, em romper com o pensamento econômico dominante, que ao apontar para o critério sem limites do livre jogo das forças de mercado, ou seja, para o domínio total e inquestionável das forças da oferta e da demanda, estabelece o primado do econômico sobre o social/cultural, descartando, desse modo, a definição e configuração de um modelo energético-ambiental calcado na sustentabilidade, assim como o emergir de um novo relacionamento «Economia/Cultura», conexão esta que tem forte correlação com a política educacional adotada pelo Estado-nação.

Por outro lado, a adoção e construção de um novo modelo energético-ambiental, baseado na parcimônia em termos de exploração e utilização dos recursos naturais e energéticos, numa matriz energética renovável e sustentável e em níveis relativamente mais baixos de energia-intensividade, implica, para além de um Estado-nação forte, com níveis elevados de regulação, coordenação, intervenção e planejamento, na ruptura com a postura mimético-periférica face aos modelos econômicos e energético-ambientais importados das economias orgânico-centrais e que definem o primado do econômico sobre o político, o social e o cultural.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fase de transição entre o PCF e o PFRE, fenômeno que coincide com a denominada globalização (aqui tida como a atual etapa do capitalismo sistema-mundo) e com a hegemonia indiscutível do neoliberalismo (muito embora algumas teses apontem já para um pós-neoliberalismo, o que parece bastante discutível). A globalização e o neoliberalismo nas suas práticas atuais atuam na contramão do Estado-nação e dos seus instrumentos jurídico-políticos e institucionais de afirmação. Desse modo, a globalização, o neoliberalismo e a fragilização do Estado-nação configuram o pior dos cenários. Contudo, embora atuando no sentido de enfraquecer o papel do Estado-nação, a globalização, suas implicações e consequências, de forma aparentemente contraditória, passam a exigir um Estado-nação forte, presente e atuante. É nesse sentido que se abrem brechas quanto a promover e implementar todo um conjunto de políticas públicas direcionadas a configurar um novo modelo energético-ambiental.

De modo a romper com os axiomas e as limitações neoliberais, assim como com a concepção fatalista do fim do Estado-nação, os países em desenvolvimento deverão seguir, a partir da implementação de políticas públicas, da intervenção e regulação governamental e da elaboração e implementação do planejamento estratégico, em direção a um universo energético-ambiental renovável e sustentável. Com isto, conduz-se a uma acentuada alteração em termos do binômio «Economia/Cultura», rompendo-se com posicionamentos mimético-periféricos face a modelos econômicos, energéticos e meio ambientais lastreados em pontos de referência técnico-econômicos e técnico-produtivos, que respaldam o primado do econômico (do ponto de vista neoliberal) sobre o cultural.

A nova interação «Economia/Cultura» privilegia a cultura, numa perspectiva ampla e nacional, de modo a buscar em atividades econômico-produtivas tradicionalmente implantadas nos países em desenvolvimento um dos pilares do novo modelo energético-ambiental, como por exemplo a biomassa no caso dos países do Trópico Úmido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADDA, J. (2004): As Origens da Globalização da Economia. Barueri. Manole.

CAZADERO, M. (1995): Las revoluciones industriales. México. FCE.

GRAY, J. (1999): Falso Amanhecer: Os Equívocos do Capitalismo Global. Rio de Janeiro. Record.

FUCS, J. (2009): Nouriel Roubini – O homem que previu o caos [Em Linha]. Disponível em « <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI13935-15227,00-NOURIEL+ROUBINI+O+HOMEM+QUE+PREVIU+O+C+AOS.html> » [Consultado em 26/11/2011]. Revista Época, edição nº 542.

HELD, D. ET AL (2002): Transformaciones Globales: Política, economía y cultura. México. Oxford University Press México.

HIRST, P. E THOMPSON, G. (1998): Globalização em Questão. Petrópolis. Vozes.

RODRIG, D. (2010): Uma Economia, Muitas Soluções: Globalização, Instituições e Crescimento Económico. Lisboa. Verbo/Babel.

ROUBINI, N (2011): Zona euro caminha para o fim [Em Linha]. Disponível em « <http://www.dinheirovivo.pt/Economia/Artigo/CIECO021918.html> » [Consultado em 26/11/2011]. 11/11/2011]. Dinheiro Vivo.

SINGER, P. (1998): Uma Utopia Militante: Repensando o Socialismo. Petrópolis. Vozes.

WALLERSTEIN, I. (1999): O Capitalismo Histórico seguido de A Civilização Capitalista. Vila Nova de Gaia. Estratégias Criativas.

PS: Este trabalho foi apresentado num Simpósio no Congresso da FIEALC em Antalya na Turquia, em outubro de 2013.

Raphaela Capella de Souza Póvoa

Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Residente em Cirurgia Bucodentofacial/UERJ, Rio de Janeiro, Brasil.

Amanda Benevides da Nova

Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Especialista em Ortodontia pela Odontoclínica Central da Marinha, Rio de Janeiro, Brasil.

Rosemiro de Menezes Maciel

Mestre em Radiologia Odontológica/São Leopoldo Mandic, Professor Substituto de Estomatologia/UERJ, Professor do curso de atualização clínica e cirúrgica em Estomatologia/UERJ, Professor do curso de Especialização em Estomatologia/ São Leopoldo Mandic, Rio de Janeiro, Brasil.

Maria Eliza Barbosa Ramos

Doutora em Odontopediatria/UFRJ, Professora Associada de Estomatologia/UERJ, Rio de Janeiro, Brasil.

Maria Eliza Barbosa Ramos

Mestre e Doutora em Patologia/UFF, Professora Adjunta de Estomatologia/UERJ, Coordenadora do Curso de atualização clínica e cirúrgica em Estomatologia/UERJ e do curso de Especialização em Estomatologia/ São Leopoldo Mandic, Professora de Patologia Geral e Patologia Bucal das Faculdades São José, Rio de Janeiro, Brasil.

RESUMO

A displasia cimento-óssea florida consiste em uma lesão fibro-óssea benigna dos maxilares. O seu diagnóstico baseia-se no aspecto radiográfico. Quando assintomática, não requer intervenção cirúrgica. Relato do caso: Paciente do gênero feminino, melanoderma, 48 anos de idade apresentou-se com múltiplas áreas radiopacas envolvendo todos os quadrantes, que foram visualizadas em radiografia panorâmica realizada para início de tratamento odontológico. Conclusão: Demonstrar a importância do exame radiográfico de rotina, sugerindo que todo paciente a ser triado deve realizar radiografias e que estas devem ser analisadas, já que através deste ato é possível detectar lesões até então desconhecidas.

Palavras Chave: Neoplasias ósseas, Osteomielite, Radiografia.

ABSTRACT

Introduction: Florid cemento-osseous dysplasia (FCOD) is a benign fibro-osseous lesion. The diagnosis is based on the radiographics aspects. Unless symptoms are noted, no treatment is indicated. Case Report: A female patient, black, 48-year-old presented with multiple radiopaque areas involving all quadrants of the jaws on the basis of conventional panoramic radiograph ordered to begin a dental treatment. Conclusion: To show the routine radiograph's importance, suggesting that every patient has to be screening by this exam. This act turns unknown lesions' diagnosed possible.

Keywords: Bone Neoplasms, Osteomyelitis, Radiography.

INTRODUÇÃO

A primeira descrição dos aspectos clínicos, radiológicos e histopatológicos foi feita por Melrose et al (1976), usando o termo "displasia óssea florida" e descrevendo massas exuberantes semelhantes a cimento em ambos os ossos gnáticos. Posteriormente, WALDRON (1993) sugeriu o termo displasia cimento-óssea florida (DCOF) devido à presença de cimento e osso. Esta entidade geralmente se apresenta de forma assintomática sendo diagnosticada pelo aspecto radiográfico. Entretanto, pode-se diferenciar lesões como a displasia periapical, cementoma gigante, osteomielite crônica esclerosante difusa (OCED) e a doença óssea de Paget. [5, 6, 4, 10, 7] Na maioria dos casos a DCOF pode ser completamente assintomática e em uma minoria o paciente pode queixar-se de dor persistente de baixa intensidade. A escolha do tratamento vai de acordo com o estágio da lesão, não havendo normalmente a necessidade de intervenção cirúrgica, exceto em casos sintomáticos associados à osteomielite.

REVISÃO DE LITERATURA

A DCOF consiste em uma lesão fibro-óssea benigna dos maxilares que ocorre em áreas dentadas ou não. Acomete principalmente mulheres melanodermas com predileção para meia idade. O envolvimento da lesão geralmente é multifocal com tendência para bilateralidade, sendo frequentemente simétrico. Na maioria das vezes é assintomática, sendo encontrada em radiografias de rotina. Pode apresentar dor intensa quando associada à osteomielite, uma complicação decorrente de infecção secundária.

O diagnóstico da DCOF é baseado no aspecto radiográfico, onde as lesões se mostram como massas radiopacas, irregulares, circundadas por uma borda radiolúcida. Essas massas tendem para a simetria, com localização bilateral e são mais comuns na mandíbula do que na maxila.

Histopatologicamente, observam-se fragmentos de tecido celular mesenquimal composto de fibroblastos fusiformes e fibras colágenas com numerosos vasos sanguíneos de pequeno calibre. Áreas de hemorragia ao longo da lesão podem ser visualizadas. No tecido conjuntivo fibroso há uma mistura de osso trabeculado, osso lamelar e partículas semelhantes a cimento.

Como a DCOF não é neoplásica, não requer remoção. Caso haja sintomatologia, envolvendo um processo de osteomielite crônica, a conduta é mais difícil. Antibióticos podem ser indicados, embora, muitas vezes, não sejam eficazes. Em alguns casos, o cisto ósseo simples pode estar associado e persiste ou aumenta de tamanho após intervenção cirúrgica. Quando isso ocorre, o cisto ósseo simples e a proliferação fibro-óssea circunjacente devem ser curetados por completo, auxiliando na cicatrização.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, melanoderma, 48 anos de idade, foi encaminhada ao Serviço de Estomatologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), devido à presença de múltiplas áreas radiopacas distribuídas por todos os quadrantes, que foram visualizadas em radiografia panorâmica realizada para início de tratamento odontológico.



Fig. 1 – Radiografia panorâmica mostrando múltiplas áreas radiopacas distribuídas por todos os quadrantes.

A paciente era portadora de prótese total superior e apresentava-se assintomática, e, ao exame clínico intra-bucal, não foram observadas alterações (Figs. 2a, 2b, 2c e 2d). Diante destes achados, o diagnóstico de displasia cemento-óssea florida foi estabelecido. Como a paciente apresentava-se sem sintomatologia, a opção de tratamento foi a preservação, através de radiografias panorâmicas anuais. Além disso, a paciente foi orientada quanto à importância da higienização e dos cuidados com a saúde oral, para que fossem evitadas exodontias consequentes ou manipulações cirúrgicas, prevenindo desta forma um quadro de osteomielite posterior.



Fig.2a - Aspecto intrabucal com a prótese total superior. Fig. 2b, 2c e 2d - Aspecto intra-bucal sem alterações após a retirada da prótese total superior.

DISCUSSÃO

Na classificação de tumores odontogênicos mais recente da Organização Mundial de Saúde (OMS), a DCOF é considerada uma lesão óssea não neoplásica constituída por uma proliferação fibroblástica associada a trabéculas irregulares de osso e material acelular semelhante a cimento, incluída no espectro das lesões fibro-ósseas.

Apesar de a OMS considerar o cementoma gigantiforme Familiar e a Displasia Cimento-Óssea Florida uma entidade única devido à presença dos mesmos achados histopatológicos, estudos demonstram diferenças que justificam considerá-las quadros distintos. O cementoma gigantiforme familiar apresenta caráter autossômico dominante, acometendo preferencialmente pacientes leucodermas, na primeira ou segunda década da vida, com crescimento relativamente rápido, resultando em deformidade facial proeminente.[6] Young et al. (1989) relataram uma família com cementoma gigantiforme presente em cinco gerações, mostrando que, embora haja semelhança nos achados histopatológicos, as características clínicas são distintas e importantes para o estabelecimento do diagnóstico. [11] Devem ser incluídas também no diagnóstico diferencial da DCOF, a doença óssea de Paget e a displasia cimento-óssea periapical e OCED. Apesar das semelhanças clínicas e radiológicas, a DCOF e a OCED podem ser distinguidas por alguns aspectos. A OCED não exibe predileção por mulheres melanodermas e o aspecto radiográfico radiopaco não é proveniente de lesões fibro-ósseas, como ocorre no desenvolvimento da DCOF. Já a doença óssea de Paget pode ser poliostótica e apresenta alterações nos valores laboratoriais (elevação da fosfatase alcalina em estágio ativo), enquanto a DCOF é monostótica e não mostra alterações bioquímicas.

O manejo do paciente sintomático é complicado. Desta forma, quando assintomático, o paciente é normalmente mantido sob observação sem intervenções cirúrgicas. A presença de sintomatologia é associada à exposição de massas escleróticas na cavidade oral, por isso, devem ser evitadas extrações de elementos dentários próximos às massas ou cirurgias, incluindo biópsias e implantes dentários. Ainda por este motivo, deve ser de grande importância a orientação ao paciente quanto à dieta não cariogênica e a correta higienização bucal.

A causa da DCOF é desconhecida e não há uma explicação para a predileção racial ou de faixa etária. Toffanin e Young sugeriram a possibilidade de um envolvimento genético em alguns casos. [10, 11] No entanto, a revisão de literatura feita por Macdonald em 2003 mostrou 59% dos casos em pacientes negros, 37% em pacientes asiáticos e 3% em pacientes brancos. A predileção por pacientes de meia idade e melanodermas, juntamente com os achados radiográficos, permite o diagnóstico da DCOF.

Neste trabalho relatou-se um caso de DCOF assintomática, cujo diagnóstico foi baseado nos elementos clínicos, idade, gênero e cor da paciente, assim como nos aspectos radiográficos e na localização múltipla das lesões nos quadrantes, que são achados característicos desta entidade.

CONCLUSÃO

A displasia cimento-óssea florida é considerada, basicamente, um achado radiográfico. Desta forma, podemos conferir a importância das radiografias de rotina para início de tratamento odontológico. Este relato sugere que todo paciente a ser triado deva realizar radiografias e estas devam ser analisadas, já que através deste ato é possível detectar lesões até então desconhecidas. Este procedimento pode proporcionar um diagnóstico precoce conferindo um melhor prognóstico. O paciente diagnosticado deve ser controlado periodicamente e a curetagem da lesão é indicada apenas em casos dolorosos com infecções secundárias. Nos casos assintomáticos, faz-se necessária a prevenção de qualquer necessidade de intervenção cirúrgica, como extrações. Para isso, o mesmo deve ser orientado quanto aos cuidados com a higienização bucal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIJI, Y et al. Florid cemento-osseous dysplasia: Radiographic study with special emphasis on computed tomography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 78:391-6.

KÖSE TE, KÖSE OD, KARABAS HC, ERDEM TL, OZCAN I. Findings of florid cemento-osseous dysplasia: a report of three cases. *J Oral Maxillofac Res* 2014; Jan 1;4(4)

MACDONALD; JANKOWSKI, DS. Florid cemento-osseous dysplasia: a systematic review. *Dentomaxillofac Radiol* 2003; 32:141-9.

MELROSE, RJ; ABRAMS, AM; MILLS, BG. Florid osseous dysplasia: a clinical-pathologic study of thirty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1976; 41:62-82.

MUWAZI L, KAMULEGEYA A. The 5-year prevalence of maxillofacial fibro-osseous lesions in Uganda. *Oral Dis*. 2014 Mar 8.

NEVILLE, Brad W; DAMM, Douglas D; ALLEN, Carl M; BOUQUOT, Jerry E *Patologia oral e maxilofacial*, 3a edição. Elsevier, 2009.

REKABI AR, ASHOURI R, TORABI M, PARIROKH M, ABBOTT PV. Florid cemento-osseous dysplasia mimicking apical periodontitis: A case report. *Aust Endod J*. 2013; Dec;39(3):176-9.

TOFFANIN, A; BENETTI, R; MANCONI, R. Familial florid cemento-osseous dysplasia: a case report. *J Oral and Maxillofac Surg* 2000; 58: 1440-6.

TONIOLI, Matthew B; SCHINDLER, William G. Treatment of a maxillary molar in a patient presenting with florid cemento-osseous dysplasia: a case report. *Journal of Endodontics* 2004, set; 30 (9): 665-7.

WALDRON, CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg* 1993; 51:828-35.

YOUNG, SK; MARKOWITZ, NR; et al. Familial gigantiform cementoma: classification and presentation of a large pedigree. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 68:740-7.

Conhecimento em câncer de boca entre os alunos de Graduação de Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

KNOWLEDGE OF ORAL CANCER AMONG UNDERGRADUATE STUDENTS OF NURSING,
MEDICINE AND DENTISTRY, UNIVERSITY OF THE STATE OF RIO DE JANEIRO

Eduarda Ramalho Tuorto

Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Aluna da Especialização em Ortodontia/Aeronáutica, Rio de Janeiro, Brasil.

Nathália Lima Freze Fernandes

Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Aluna da Especialização em Ortodontia/Marinha, Rio de Janeiro, Brasil.

Simone Nogueira Sondermann

Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Aluna da Especialização em Prótese/UERJ, Rio de Janeiro, Brasil

Jóse Roberto de Menezes Pontes

Doutor em Odontologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Tecnologista Sênior do Instituto Nacional de Câncer – INCA, Brasil

Monica Simões Israel

Mestre e Doutora em Patologia/UFF, Professora Adjunta de Estomatologia/UERJ, Coordenadora do Curso de atualização clínica e cirúrgica em Estomatologia/UERJ e do curso de Especialização em Estomatologia/São Leopoldo Mandic, Professora de Patologia Geral e Patologia Bucal das Faculdades São José, Rio de Janeiro, Brasil.

RESUMO

O câncer bucal é uma doença que causa morte e invalidez no Brasil, aonde grande parte dos pacientes chega aos hospitais em fase avançada da doença. Objetivo: Avaliar o conhecimento sobre câncer bucal, de alunos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Métodos: Aplicação de questionários, contendo 13 perguntas, com as três primeiras abrangendo informações sócio-demográficas (idade, gênero, curso de graduação) e as outras 10 perguntas abrangendo variáveis sobre conhecimento de diagnóstico e prevenção do câncer bucal, além de variáveis sobre ensino/aprendizagem na graduação e educação continuada nesta área. Resultados: Foram entrevistados 209 alunos, tanto de medicina, enfermagem e odontologia. Na análise individual das questões, notou-se, um maior conhecimento relativo ao câncer bucal entre os alunos da graduação de Odontologia, seguidos pelos alunos de Medicina e posteriormente pelos alunos entrevistados de Enfermagem. Com base nesses resultados observou-se que o nível de conhecimento dos alunos de graduação de Medicina, Enfermagem e Odontologia da UERJ sobre câncer bucal, incluindo prevenção, prognóstico, diagnóstico e tratamento poderia ser demasiadamente melhor. Conclusão: Cabe, então, ao cirurgião-dentista a importante função de propagar o conhecimento sobre câncer bucal, objetivando um prognóstico melhor, o diagnóstico precoce, um tratamento menos mutilador e, conseqüentemente, um menor índice de mortalidade.

Palavras Chave: Conhecimento; Câncer Bucal; Estudantes; Questionário

ABSTRACT

Oral cancer is a disease that causes death and disability in Brazil, where most patients come to hospitals at an advanced stage of the disease. Objective: To evaluate knowledge about oral cancer, of graduate students in Nursing, Medicine and Dentistry, University of the State of Rio de Janeiro. Methods: Application of questionnaires containing 13 questions, with the first three covering socio-demographic information (age, gender, degree course) and the other 10 questions covering variables on knowledge of diagnosis and prevention of oral cancer, as well as variables on education / learning in undergraduate and continuing education in this area. Results: We interviewed 209 students, both medical, nursing and dentistry. Individual analysis of the issues, it was noted, a greater knowledge regarding oral cancer among undergraduate students of Dentistry, followed by medical students and later interviewed by the students of Nursing. Based on these results it was observed that the level of knowledge of undergraduate students of Medicine, Nursing and Dentistry of UERJ about oral cancer, including prevention, prognosis, diagnosis, and treatment could be better too. Conclusion: It is then up to the dentist an important role in spreading knowledge about oral cancer, aiming at a better prognosis, early diagnosis, treatment less mutilating and hence a lower mortality rate.

Keywords: Knowledge; Oral Cancer; Students; Survey.

INTRODUÇÃO

O câncer bucal vem progressivamente ocupando posição de destaque entre as causas de morbidade e mortalidade no Brasil. Dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para 20124 revelam que o câncer bucal será o quinto mais incidente no gênero masculino e sétimo no feminino e em alguns Estados é a segunda ou terceira localização anatômica entre todos os tipos de neoplasias malignas. Além disso, os dados dos Registros Hospitalares de Câncer brasileiros mostram que grande parte dos pacientes chega aos hospitais em fase avançada, necessitando de tratamentos que influem no tempo e na qualidade de sobrevivência, caracterizando o câncer bucal como uma doença que causa morte e invalidez em nosso país. Deste modo, o câncer bucal constitui um problema de saúde pública, devendo ser assim considerado. A magnitude do problema do câncer bucal no Brasil é avaliável pelos dados de mortalidade e morbidade, mas acima de tudo por meio de índices que demonstram inadequações das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento. A identificação e o estudo dessas características no nosso meio são fundamentais para se estabelecer um perfil da realidade brasileira, tornando possível adequar programas de prevenção e detecção precoce que possam atender aos reais problemas nacionais.

Entre as causas de diagnóstico tardio inclui-se desde o despreparo da própria classe médica e odontológica, sem formação específica para realizar o diagnóstico nas fases precoces, até a desinformação da população sobre cuidar de sua saúde.¹⁴ Os fatores culturais, tais como credices, contribuem para que o diagnóstico precoce e tratamento adequado sejam retardados.^{9,10} A Odontologia deve desempenhar um papel significativo na área de Oncologia, pois tem a oportunidade de realizar o diagnóstico precoce do câncer bucal, através da detecção de lesões assintomáticas nos exames odontológicos de rotina.¹⁶ O cirurgião-dentista também deve ser um elemento de difusão de informações sobre o assunto, facilitando assim o acesso dos pacientes às medidas preventivas ou ao diagnóstico precoce. É necessário sensibilizar os profissionais de saúde a se engajarem em projetos e programas voltados para a prevenção do câncer bucal. As estratégias de prevenção de câncer de boca devem ser revistas e praticadas por meio de políticas públicas conscientes, envolvendo não somente os profissionais da saúde sensibilizados, mas também toda a população que deve ser estimulada a participar ativamente.

Na atualidade, o controle de câncer em nosso país representa um grande desafio que a saúde pública enfrenta, sendo este a segunda causa de morte por doença, o que demanda a realização de ações com vários graus de complexidade. E em relação ao câncer bucal, observa-se um aumento da taxa de mortalidade, sendo este, fruto do diagnóstico tardio e de tratamentos inadequados/inacessíveis.⁴ Sabendo-se que, quanto mais precoce forem diagnosticadas as lesões e condições potencialmente cancerizáveis, melhor e mais favorável será o prognóstico e mais simples serão os recursos terapêuticos. Logo, ações e programas que promovam o estímulo ao ensino/aprendizagem sobre câncer são necessários, devendo ser fomentados junto às Faculdades de Enfermagem, Medicina e Odontologia, áreas da saúde que integram o tratamento multidisciplinar do câncer. Uma revisão de literatura específica mostra que existem poucos trabalhos que evidenciam a situação do ensino/aprendizagem de câncer, em especial o câncer bucal. O objetivo deste estudo foi avaliar através de pesquisa de coleta de dados realizada na forma de questionário fechado, o conhecimento sobre câncer, com ênfase ao câncer bucal, de alunos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa foi caracterizada como estudo de corte transversal, através da aplicação de questionário como instrumento de coleta de dados. O questionário continha 13 perguntas, sendo que as três primeiras abrangeram informações sócio-demográficas dos participantes (idade, gênero, curso de graduação) e as outras 10 perguntas abrangeram variáveis sobre conhecimento do diagnóstico e prevenção do câncer, com ênfase ao câncer bucal, além de variáveis sobre ensino/aprendizagem na graduação e educação continuada nesta área.

O presente estudo foi elaborado durante um período de doze meses e dele participaram alunos de graduação, independentemente de período, de Enfermagem, Medicina e Odontologia da UERJ em um total de 209 indivíduos.

O questionário foi entregue por meio de abordagem direta e aleatória por indivíduos componentes do projeto. Todos os alunos incluídos no estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O preenchimento foi realizado pelo participante, enquanto o pesquisador calibrado permaneceu à disposição para qualquer esclarecimento. Os questionários foram aplicados sem controle de tempo para o completo preenchimento, a fim de que não houvesse razões de conduzir os participantes a respostas apressadas. Após a coleta e tabulação dos dados em uma planilha do programa de computador Excel (Microsoft), foram calculadas as estatísticas descritivas.

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 209 alunos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sendo que desse total, 87 eram alunos de Enfermagem, 43 de Medicina e 79 de Odontologia. Os alunos foram abordados aleatoriamente, independentemente dos períodos que cursavam. A faixa etária dos entrevistados variou de 19 a 46 anos, com média de 22,7 anos para alunos de Enfermagem, 25,2 para os alunos de Medicina e 23,1 para os alunos de Odontologia. Dos 209 entrevistados houve predomínio do sexo feminino sendo representado por 160 (75,5%) participantes, e 47 (24,5%) participantes do sexo masculino.

Em relação aos alunos da Faculdade de Enfermagem, foram entrevistados 87 alunos, sendo 76 (87,4%) do sexo feminino, e 11 (12,6%) do sexo masculino. Quando questionados sobre seu nível de conhecimento sobre diagnóstico e prevenção de câncer bucal, 37 (42,5%) dos entrevistados avaliaram como "regular", 25 (28,8%) avaliaram como "bom", 24 (27,5%) dos entrevistados avaliaram como "insuficiente" e apenas um (1,2%) entrevistado avaliou como "ótimo". Dentre os fatores de risco citados para o aparecimento de câncer de boca, 40 (46%) citaram "dentes cariados", 16 (18,4%) dos entrevistados citaram "baixo consumo de frutas e vegetais" e três (3,4%) citaram "contágio direto". Com relação ao aspecto inicial mais comum de câncer de boca, 41 (47,1%) dos entrevistados afirmaram ser "úlcera indolor", 22 (25,3%) afirmaram ser "massa tumoral", 15 (17,3%) disseram não saber e nove (10,3%) disseram ser "dor intensa". A questão seguinte citava opções de lesões e perguntava qual a mais relacionada com o câncer de boca; 36 (41,4%) declararam não saber, 22 (25,3%) responderam "estomatite", 11 (12,6%) responderam "leucoplasia", 11 (12,6%) responderam "herpes labial", seis (6,9%) responderam "candidíase" e um (1,2%) respondeu "pênfigo vulgar". Quando questionados sobre a região anatômica mais frequente para o câncer bucal, 26 (29,9%) declararam não saber, 18 (20,7%) responderam "gengiva", 12 (13,8%) responderam "língua", 11 (12,6%) responderam "assoalho", 10 (11,5%) responderam "palato" e 10 (11,5%) responderam "mucosa jugal". Perguntou-se qual o estágio mais frequente de diagnóstico de câncer bucal e 77 (88,5%) responderam que se trata do estágio "avançado", seis (6,9%) declararam não saber e quatro (4,6%) responderam que se trata do estágio "precoce". Em relação ao profissional que deve ser procurado para realizar a prevenção e diagnóstico de câncer bucal, 63 (72,4%) responderam ser o Cirurgião-Dentista esse profissional, 13 (14,9%) responderam ser o Otorrinolaringologista, nove (10,3%) responderam ser o Médico Clínico Geral, oito (9,2%) dos entrevistados responderam ser o Enfermeiro, seis (6,9%) responderam ser o Dermatologista e quatro (4,6%) responderam ser o Gastroenterologista. Em relação ao caráter multidisciplinar para o tratamento do câncer bucal, 84 (96,6%) dos entrevistados declararam achar que o tratamento deve ser multidisciplinar, enquanto três (3,4%) dos entrevistados declararam que o tratamento para o câncer bucal não deve ser multidisciplinar. Em continuação a essa pergunta, os entrevistados que assinalaram que o tratamento para o câncer bucal deve ser multidisciplinar deveriam citar quais os profissionais envolvidos nesse tratamento, sendo possível citar mais um profissional, 84 (96,5%) citaram o Enfermeiro, 81 (93,1%) citaram o Médico, 54 (62%) citaram Otorrinolaringologista, 51 (58,6%) citaram o Cirurgião Dentista, 41 (47,1%) citaram Psicólogo, 37 (42,5%) citaram Nutricionista, 35 (40,2%) citaram Fonoaudiólogo, 27 (31%) citaram Gastroenterologista, 12 (13,8%) citaram Dermatologista, oito (9,2%) citaram Serviço Social e um (1,2%) citou Patologista.

Participaram da entrevista 43 alunos de Medicina e, dentre estes, predominou o sexo feminino, 27 pessoas (62,8%), sobre o masculino, 16 pessoas (37,2%). Ao ser questionados em relação ao seu nível de conhecimento sobre diagnóstico e prevenção de câncer bucal, a maioria, 17 (39,5%) respondeu ser "insuficiente", 16 (37,3%) responderam considerá-lo "regular", 10 (23,2%) consideraram "bom" e nenhum aluno respondeu considerá-lo ótimo. Quando solicitados a assinalar quais fatores julgavam serem de risco ao aparecimento do câncer bucal, 14 (32,5%) marcaram como opção "dentes cariados" e nenhum respondeu ser o contágio direto um desses fatores. Em relação ao aspecto inicial mais comum do câncer oral, a maioria, 30 (69,8%) respondeu ser a "úlcera indolor", sete (16,3%) não souberam responder, quatro (9,3%) responderam ser a "dor intensa", enquanto dois (4,6%) alunos marcaram a opção "massa tumoral". Quando questionados sobre qual das lesões citadas está mais relacionada com o câncer de boca, 18 (41,9%) dos entrevistados assinalaram a opção "leucoplasia", 10 (23,2%) disseram não saber responder, cinco (11,6%) responderam "pênfigo vulgar", quatro (9,3%) "herpes labial", três (7%) marcaram "estomatite" e três (7%) "candidíase". Sobre a região anatômica mais frequente para o câncer bucal, "soalho de boca" foi assinalada por 10 (23,2%) alunos, "língua" por oito (18,6%), "palato" por sete (16,3%), "mucosa jugal" também por sete (16,3%), sete (16,3%) não souberam responder e "gengiva" por quatro (9,3%). Quando arguidos sobre a região anatômica que apresenta maior risco de originar metástase, 12 (27,9%) não souberam responder, o "assoalho de boca" foi resposta de nove (21%) alunos, o "palato" de sete (16,3%), a "língua" de seis (13,9%), a "mucosa jugal" de seis (13,9%) e a "gengiva" de três (7%). Ao serem solicitados a opinarem em qual estágio o câncer bucal é diagnosticado mais frequentemente no Brasil, 39 (90,8%) responderam estágio "avançado", apenas dois (4,6%) entrevistados disseram estágio "precoce", enquanto dois (4,6%) marcaram "não sei" como resposta. Quando perguntados sobre a prevenção e diagnóstico de câncer de boca qual o profissional que deve ser procurado, 26 (60,5%) dos graduandos responderam "Cirurgião-Dentista",

12 alunos (27,9%) responderam "Médico Clínico Geral", sete dos alunos (16,3%) marcaram a alternativa "Otorrinolaringologista", cinco (11,6%) das pessoas questionadas marcaram a opção "Gastroenterologista", somente um aluno (2,3%) marcou a alternativa "Dermatologista" e nenhum dos entrevistados respondeu "Enfermeiro", sendo que nessa pergunta foi permitida a escolha de mais de uma alternativa. Em vista ao caráter multidisciplinar do tratamento de câncer de boca, 36 alunos (83,7%) disseram que o tratamento deve ser multidisciplinar, enquanto somente sete (16,3%) pessoas não concordaram. Caso a resposta a essa questão fosse "sim", os entrevistados deveriam citar quais os profissionais eles julgavam estar envolvidos no tratamento de câncer bucal e os mais citados foram o Cirurgião-Dentista (58,1%) e o Médico Clínico Geral (44,1%), sendo também citados o Oncologista (23,2%), Psicólogo (20,9%), Enfermeiro (18,6%), Otorrinolaringologista (18,6%), Fonoaudiólogo (9,3%), Assistente Social (9,3%), Nutricionista (6,9%), Cirurgião Bucocomaxilofacial (6,9%), Gastroenterologista (4,6%) e Dermatologista (2,3%).

Em relação aos alunos de Odontologia, foram entrevistados 79 alunos, sendo 57 (72,2%) do sexo feminino e 22 (27,8%) do sexo masculino. Quando perguntados sobre seu nível de conhecimento sobre diagnóstico e prevenção de câncer bucal, 37 (46,9%) consideraram "bom", 25 (31,6%) disseram que era "regular", nove (11,4%) e oito (10,1%) responderam considerar "ótimo". Dentre os fatores que indicam risco para o aparecimento de câncer citados sete (8,9%) alunos marcaram a opção "dentes cariados" e apenas um (1,3%) aluno marcou a opção "contágio direto". Quando questionados sobre o aspecto inicial mais comum do câncer de boca, 59 (74,7%) marcaram a alternativa "úlceras indolores", 14 (17,7%) responderam "massa tumoral", cinco (6,3%) responderam "não sei" e apenas um (1,3%) aluno marcou a alternativa "dor intensa". Solicitou-se que os entrevistados marcassem a lesão que estaria mais relacionada com o câncer de boca e 60 (76%) responderam "leucoplasia", 11 (13,9%) marcaram a opção "não sei", cinco (6,3%) assinalaram a opção "estomatite", dois (2,5%) graduandos responderam "pênfigo vulgar", apenas um (1,3%) aluno respondeu "herpes labial" e nenhum dos entrevistados respondeu "candidíase". Quando foram arguidos sobre a região anatômica mais frequente para o câncer bucal, 39 (49,4%) alunos responderam a alternativa "língua", 14 (17,7%) assinalaram a resposta "assoalho de boca", 10 (12,6%) marcaram a resposta "mucosa jugal", 10 (12,7%) marcaram a alternativa "não sei", apenas cinco (6,3%) pessoas responderam "gengiva", somente um (1,3%) entrevistado respondeu "palato". Solicitou-se que os entrevistados dessem sua opinião se o câncer de boca no Brasil é mais frequentemente diagnosticado no estágio precoce ou avançado e a opção "avançado" foi marcada por 76 (96,2%) pessoas, dois (2,5%) optaram pela alternativa "não sei" e somente um (1,3%) aluno marcou a alternativa "precoce". Quando arguidos sobre o profissional que deve ser procurado para a prevenção e diagnóstico de câncer de boca, 77 (97,5%) dos graduandos responderam "Cirurgião-Dentista", dois (2,5%) responderam "Médico Clínico Geral", também apenas dois (2,5%) alunos marcaram a alternativa "Dermatologista", somente um (1,3%) marcou a alternativa "Otorrinolaringologista", nenhum dos entrevistados respondeu "Enfermeiro" e nenhum dos alunos respondeu "Gastroenterologista", sendo que nessa pergunta foi permitido a escolha de mais de uma alternativa. Em relação ao caráter multidisciplinar do tratamento de câncer bucal, 74 (93,7%) alunos disseram que o tratamento deve ser multidisciplinar, enquanto somente cinco (6,3%) pessoas disseram que não deve ser. Se a resposta a essa questão fosse verdadeira, os entrevistados deveriam citar quais os profissionais eles julgavam estar envolvidos no tratamento de câncer bucal, foram citados o Cirurgião-Dentista (82,2%), o Médico Clínico Geral (60,7%), Oncologista (36,7%), Enfermeiro (31,6%), Psicólogo (24%), Fonoaudiologista (17,7%), Nutricionista (15,1%), Gastroenterologista (7,5%), Estomatologista (6,3%), Otorrinolaringologista (5%), Patologista (3,7%), Fisioterapeuta (5%), Dermatologista (2,5%), Assistente Social (1,2%), Microbiologista (1,2%) e Radiologista (1,2%).

Quando questionados sobre a classificação do ensino durante a graduação em relação ao câncer bucal, foram avaliadas as respostas dos alunos bem como o índice de acertos em relação a cinco perguntas de grande importância que revelam conhecimento sobre o assunto. Na Enfermagem, quatro (4,6%) alunos julgaram seu ensino em relação ao câncer bucal como "muito bom" ou "bom", entre esses alunos nenhum (0%) obteve mais de três respostas. Os alunos que responderam que seu ensino é "insatisfatório" ou "muito insatisfatório" somam 66 (75,9%), sendo que desses alunos 59 (67,8%) obtiveram menos de três acertos nas cinco questões verificadas e sete (8%) acertaram de três a cinco questões. A opção "não sei" foi marcada por 17 (19,5%) alunos.

Entre os alunos de Medicina, três (7%) responderam que avaliam seu ensino como "muito bom" ou "bom", sendo que desses três alunos, dois (4,6%) obtiveram mais de três acertos nas cinco questões avaliadas e apenas um (2,3%) aluno acertou menos de três questões. Os entrevistados que relataram seu ensino como "insatisfatório" ou "muito insatisfatório" correspondem a 33 (76,7%) alunos e, desses, 16 (37,2%) responderam corretamente três ou mais questões e 17 (39,5%) responderam no máximo duas questões corretamente. Dos entrevistados sete (16,3%) responderam com a opção "não sei".

Quando essa mesma pergunta foi feita para os alunos de Odontologia, 50 (63,3%) entrevistados avaliaram seu ensino sobre câncer bucal como "muito bom" ou "bom", desses alunos, 44 (55,7%) acertaram de três a cinco das questões avaliadas e apenas seis (7,6%) alunos acertaram no máximo duas questões. Dos alunos entrevistados em Odontologia, 14 (17,7%) avaliaram seu ensino como "insatisfatório" ou "muito insatisfatório", sendo que, desses alunos, apenas quatro (5%) acertaram no máximo duas questões das cinco avaliadas e nove (11,4%) acertaram mais de três questões. A alternativa "não sei" foi marcada por 15 (19%) alunos. Portanto, 57 (27,3%) do total de entrevistados avaliaram seu ensino em câncer bucal como "muito bom" ou "bom", sendo que desses 46 (22%) obtiveram mais de três acertos nas cinco perguntas avaliadas e 11 (5,3%) alunos acertaram no máximo duas questões. Os alunos que avaliaram seu ensino com "insatisfatório" ou "muito insatisfatório" correspondem a 113 (54%) pessoas, sendo que 80 (38,3%) alunos acertaram no máximo duas questões e nove (4,3%) alunos, mesmo tendo considerado seu ensino "insatisfatório" ou "muito insatisfatório", acertaram de mais de três questões das cinco que foram avaliadas. A opção "não sei" foi marcada por 39 (18,7%) alunos.

A tabela 1 sintetiza os principais resultados obtidos através do questionário realizado com os participantes de Enfermagem, Medicina e Odontologia.

DISCUSSÃO

A Estomatologia é a especialidade que tem como objetivo a prevenção, o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento das doenças próprias da boca e suas estruturas anexas, das manifestações bucais de doenças sistêmicas, bem como o diagnóstico e a prevenção de doenças sistêmicas que possam eventualmente interferir no tratamento odontológico (Art 74, CRO).² As áreas de competência para atuação do especialista em Estomatologia incluem: promoção e execução de procedimentos preventivos em nível individual e coletivo na área de saúde bucal; obtenção de informações necessárias à manutenção da saúde do paciente, visando à prevenção, ao diagnóstico, ao prognóstico e ao tratamento de alterações estruturais e funcionais da cavidade bucal e das estruturas anexas; e, realização ou solicitação de exames complementares, necessários ao esclarecimento do diagnóstico.

O câncer de boca é uma denominação que inclui os cânceres de lábio e de cavidade oral. O câncer de lábio é mais frequente em pessoas brancas, e registra maior ocorrência no lábio inferior em relação ao superior. O câncer em outras regiões da boca acomete principalmente tabagistas e os riscos aumentam quando o tabagista é também alcoólatra. Os fatores que podem levar ao câncer de boca são idade superior a 40 anos, vício de fumar cachimbos e cigarros, consumo de álcool, má higiene bucal e uso de próteses dentárias mal-ajustadas. O principal sintoma deste tipo de câncer é o aparecimento de feridas na boca que não cicatrizam em uma semana. Outros sintomas são ulcerações superficiais, com menos de 2 cm de diâmetro, indolores (podendo sangrar ou não) e manchas esbranquiçadas ou avermelhadas nos lábios ou na mucosa bucal. Dificuldade para falar, mastigar e engolir, além de emagrecimento acentuado, dor e presença de linfadenomegalia cervical são sinais de câncer de boca em estágio avançado. Pessoas com mais de 40 anos de idade, dentes fraturados, fumantes e portadores de próteses mal-ajustadas devem evitar o fumo e o álcool, promover a higiene bucal, ter os dentes tratados e fazer uma consulta odontológica de controle a cada ano.²⁰ Outra recomendação é a manutenção de uma dieta saudável, rica em vegetais e frutas. Para prevenir o câncer de lábio, deve-se evitar a exposição ao sol sem proteção (filtro solar e chapéu de aba longa). O combate ao tabagismo é igualmente importante na prevenção deste tipo de câncer. O exame rotineiro da boca feito por um profissional de saúde pode diagnosticar lesões no início, antes de se transformarem em câncer. Pessoas com mais de 40 anos que fumam e bebem devem estar mais atentas e ter sua boca examinada por profissional de saúde (dentista ou médico) pelo menos uma vez ao ano.⁴ Segundo dados do INCA, a estimativa de novos casos é de 14.170, sendo 9.990 homens e 4.180 mulheres (2012) e o número de mortes é de 6.510, sendo 5.136 homens e 1.394 mulheres.

Os poucos trabalhos que avaliaram o conhecimento sobre câncer bucal, lesões cancerizáveis e os fatores de risco envolvidos com a doença e universitários foram realizados por Jaber et al e Seoane et al em estudantes do curso de Odontologia. Segundo Jaber e colaboradores, os próprios acadêmicos dos cursos de Odontologia, em função da limitada experiência clínica ou do pouco conhecimento dos aspectos relacionados às lesões cancerizáveis e neoplasias malignas bucais, podem fracassar no reconhecimento apropriado dos sinais e sintomas e dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença. Essa mesma situação foi apontada por estudo anterior após avaliarem o hábito de execução do exame preventivo do câncer bucal entre os cirurgiões-dentistas escoceses. Os seus achados revelaram que 63% dos profissionais entrevistados afirmaram que se sentiam pouco confiantes na detecção do câncer de boca. Esses achados reforçam a pouca atenção que tem sido dada para a educação em saúde pública com relação aos fatores de risco e aos sinais e sintomas do câncer bucal.

Segundo Regezi (2008) a causa do carcinoma de células escamosas depende de vários fatores. Não há um agente ou fator causador (carcinógeno) isolado, claramente definido ou aceito, mas tanto fatores extrínsecos quanto intrínsecos podem estar em atividade. É provável que mais de um fator seja necessário para produzir a malignidade (carcinogênese). Os fatores extrínsecos incluem os agentes externos, como o fumo de tabaco, álcool, sífilis e luz solar (apenas câncer do vermelhão labial). Os fatores intrínsecos incluem os estados sistêmicos ou gerais, como a desnutrição geral ou anemia por deficiência de ferro. A hereditariedade não parece desempenhar um papel etiológico importante no carcinoma oral. Sobre o consumo de tabaco, o autor enfatizou que muitas evidências clínicas indiretas implicam o hábito do tabaco no desenvolvimento do carcinoma de células escamosas oral. A etiologia do câncer pode estar associada à exposição a fatores e condições de risco ambientais como vírus e agentes químicos específicos, radiação, fatores genéticos, irritação crônica por agentes físicos, presença de lesões e/ou condições cancerizáveis. Quando perguntados sobre os fatores de risco para o aparecimento do câncer bucal, uma considerável parte dos alunos de Enfermagem citou como fator etiológico dentes cariados e contágio direto que não foram apresentados na literatura. Entretanto tais fatores foram pouco citados pelos alunos de Medicina e Odontologia.

O aspecto clínico inicial do câncer bucal caracteriza-se por úlcera indolor que não cicatriza em quinze dias. Os alunos entrevistados, tanto de Enfermagem quanto de Medicina e Odontologia, em sua grande maioria, responderam corretamente a pergunta feita sobre o aspecto clínico do câncer bucal em sua fase inicial. Este presente estudo contraria os resultados apresentados por Ribeiro et al, 2008, os quais mostraram que a maior parte dos entrevistados acredita que o câncer oral provoca dor, revelando que as pessoas avaliadas desconhecem o curso desta doença. Deixando evidente que na atualidade cresceu o conhecimento sobre tal enfermidade dentro dos cursos da área de saúde, facilitando o diagnóstico precoce, sendo um fator fundamental para um prognóstico favorável.

Vários casos de carcinomas de células escamosas orais têm sido documentados em associação ou têm sido precedidos por uma lesão cancerizável, especialmente a leucoplasia. Não há dúvida de que alguns casos de leucoplasia evoluem para o carcinoma de células escamosas. Sabe-se que os índices de transformação variam consideravelmente de um estudo para o outro e de acordo com os hábitos culturais do uso do tabaco, em termos de forma e combinação dos mesmos com outros agentes (REGEZI e SCIUBBA, 2008). Quando arguidos sobre a lesão mais relacionada com o câncer bucal, a grande maioria dos alunos de Enfermagem não soube responder, enquanto boa parte dos alunos de Medicina e quase que a totalidade dos alunos de Odontologia respondeu corretamente.

O sítio mais comumente acometido pelo carcinoma intraoral é a língua, geralmente a superfície lateral posterior e ventral, representando até 45% das lesões (REGEZI & SCIUBBA, 2008). O carcinoma de células escamosas pode surgir em qualquer local da cavidade oral, porém os locais preferidos são superfície ventral da língua e assoalho de boca, entretanto, o assoalho de boca é acometido mais frequentemente em homens, porém é menos envolvido nas mulheres. A respeito disso, grande parte dos alunos de Enfermagem disse não saber responder qual a região anatômica mais frequente para o câncer, enquanto os alunos de Medicina em boa parte colocaram como resposta assoalho de boca. Em relação aos alunos de Odontologia, a maioria respondeu corretamente a questão com a alternativa língua, o que confirma o estudo de Falcão et al, 2006.

De acordo com Ribeiro et al, uma avaliação de o Registro Hospitalar de Câncer (RHC), do Hospital do Câncer/INCA, revela que 60% dos indivíduos chegam aos serviços com a doença em estágio avançado quando as possibilidades de cura são bastante reduzidas o que resulta em tratamentos longos e dispendiosos e prognósticos desfavoráveis, uma vez que esta doença pode levar à morte, invalidez e deformidades.^{10,19,21} Em torno de 60% a 80% das lesões tem sua identificação em estágio avançado, o que reduz a chance de sobrevivência de 80% para 18%.^{17,18} Esses dados podem refletir a falta de conhecimento profissional na detecção precoce, bem como o limitado acesso a bens e serviços de saúde que a população brasileira possui, principalmente no que concerne aos serviços odontológicos. Assim, instrumentos que avaliam o grau de conhecimento dos acadêmicos e profissionais são extremamente válidos para que medidas corretivas possam ser aplicadas e melhorem o panorama do diagnóstico de carcinoma de células escamosas no Brasil. No presente estudo verificou-se que quase a totalidade dos alunos entrevistados disse que o câncer bucal é diagnosticado mais frequentemente em estágio avançado, o que corrobora os demais estudos de MIYACHI et al, 2002; PIRES et al, 2000; SCULLY & PORTER, 2000.

Os entrevistados foram questionados sobre a classificação do ensino durante a graduação em relação ao câncer bucal. Foram avaliadas as respostas dos alunos, bem como o índice de acertos em relação a cinco perguntas de grande importância que revelam conhecimento sobre o assunto. Na Enfermagem e na Medicina, a grande maioria avaliou seu curso como "insatisfatório" ou "muito insatisfatório" e desses, quase todos os alunos tiveram um índice de acerto inferior ao considerado bom, o que demonstra que a avaliação dos alunos corresponde ao grau de conhecimento sobre o assunto. Em relação aos alunos de Odontologia, a grande maioria avaliou seu curso como "bom" ou "muito bom" e, destes, mais da metade revelou ter um conhecimento elevado sobre câncer bucal. Uma pequena parcela de alunos da Odontologia avaliou seu ensino com "insatisfatório" ou "muito insatisfatório", porém, desses, a grande maioria obteve um índice de acerto considerado bom nas questões avaliadas, assim como os alunos que marcaram a opção "bom" ou "muito bom". Tal fato demonstra que apesar dos alunos de Odontologia não estarem plenamente satisfeitos com seu ensino sobre câncer bucal, seu conhecimento é bastante elevado, principalmente se comparados aos cursos de Enfermagem e Medicina.

A Odontologia deve desempenhar um papel muito importante na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer bucal. Apenas o cirurgião-dentista tem a oportunidade de examinar pacientes assintomáticos e, portanto, tem a chance de diagnosticar o câncer bucal antes que comece a manifestar suas consequências devastadoras (Johnson & Warnakulasuriya, 1999). O papel das faculdades de Odontologia nesse campo é muito grande, pois a consciência para o problema deve ser despertada desde os bancos escolares, sendo que a filosofia preventiva deve ser inculcada fortemente nos alunos. Não resta dúvida de que o cirurgião-dentista deverá estudar muito e se especializar para atuar profissionalmente nessa área, entretanto para a prevenção e diagnóstico precoce, as informações recebidas na faculdade, durante a graduação, talvez sejam as mais importantes para a atuação adequada (Cowan et al, 1995; Burzynski, 2002). No presente estudo, quando perguntados sobre o profissional que se deve procurar para a prevenção e diagnóstico de câncer de boca, a grande maioria dos alunos de Enfermagem, Medicina e Odontologia responderam que o cirurgião-dentista deve ser o profissional a ser procurado.

O tratamento do doente com câncer bucal envolve uma equipe multidisciplinar que deve trabalhar integrada objetivando a eliminação da doença, porém mantendo a qualidade de vida do paciente. Fazem parte dessa equipe de profissionais: cirurgiões-dentistas, médicos (cirurgiões de cabeça e pescoço, cirurgiões plásticos, oncologistas, radioterapeutas), enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, assistentes sociais, sem destacar nenhuma dessas figuras - todas, em suas áreas de competência, que trabalham e cooperam no atendimento ao paciente (Almeida et al, 2004). Quase que a totalidade dos alunos entrevistados, dos três cursos avaliados (Enfermagem, Medicina e Odontologia), disseram que o tratamento do paciente com câncer bucal deve ser multidisciplinar. Foi pedido no questionário, caso o aluno afirmasse o caráter multidisciplinar do tratamento do câncer bucal, que se citasse os profissionais que eles julgavam estar envolvidos e a grande maioria dos alunos mencionou médico (englobando médico clínico-geral, oncologista e otorrinolaringologista), cirurgião-dentista (incluindo a especialidade Estomatologia), enfermeiro, psicólogo, nutricionista e fonoaudiólogo.

CONCLUSÃO

Por razões financeiras e comerciais, a Odontologia hoje se encontra em um grande paradoxo entre suas esferas biológicas e estéticas, com uma clara vantagem para o lado estético. Porém, devido aos altos custos dos tratamentos e o grande número de profissionais, há necessidade de se reverter esse padrão, pois o espaço profissional especializado da Odontologia está cada vez mais restrito. Para motivar seus jovens estudantes universitários a exercer uma profissão que tem como prioridade a prevenção do câncer e de outras doenças bucais é necessário que a Odontologia ocupe seu espaço correto e de direito, que é estar ao lado das outras especialidades médicas oferecendo a devida atenção à formação biológica. As Universidades têm como dever a formação de recursos humanos pensantes, que raciocinem e atuem diante de uma realidade concreta, ao invés de colocar no mercado mais profissionais que irão tratar apenas de reparar problemas já existentes, o que poderia ser evitado em muitos níveis, sem entendê-los. Tal fato parece justificar, por si só, a proposição de novos caminhos, diferentes dos atuais.

Com base nesses resultados observou-se que o nível de conhecimento do profissional de saúde sobre câncer bucal, incluindo prevenção, prognóstico, diagnóstico e tratamento poderia ser demasiadamente melhor. Cabe, então, ao cirurgião-dentista a árdua e importante função de propagar o conhecimento sobre câncer bucal, objetivando um prognóstico melhor, o diagnóstico precoce, um tratamento menos mutilado e, conseqüentemente, um menor índice de mortalidade.

REFERÊNCIAS

- Almeida FCS, et al. Avaliação Odontológica de Pacientes com Câncer de Boca Pré e Pós Tratamento Oncológico: Uma Proposta de Protocolo. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 2004, 4, 1, 25-31.
- Baldisserotto J, Araújo SMC, Padilha DMP. Câncer Bucal: a importância de promover a saúde bucal durante e após o tratamento oncológico – relato de caso clínico. *Momento e Perspectiva em Saúde*. 2004;50,1,32-9.
- Boyle P, MacFarlane GJ, Saily C. Oral cancer: necessity for prevention strategies. *Lancet* 1994; 343:178-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa de incidência de câncer no Brasil para 2012. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
- Burzynski NJ, Rankin KV, Silverman S Jr, Scheetz JP, Jones DL. Graduation dental students perceptions of oral cancer education: results of an exit survey of seven dental schools. *J Cancer Educ* 2002; 17(2): 83-4.
- Cannick GF, Horowitz AM, Drury TF, Reed SG, Day TA. Assessing oral cancer knowledge among dental students in South Carolina. *J Am Dent Assoc* 2005; 136(3): 373-8.
- Costa e Silva VC, Cavalcante TM. Programas de prevenção e controle de câncer bucal: atividades educativas, diagnóstico precoce e proposta de programas integrados. In: Kowalski LP, Dib LL, Ikeda MK, Adde C. *Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer bucal*. São Paulo: Ed Frontis; 1999. p. 57-70.
- Cowan CG, Gregg TA, Kee F. Prevention and detection of oral cancer: the views of primary care dentists in Northern Ireland. *Br Dent J* 1995; 179(9): 338-42.
- Dib LL. Avaliação do nível de informação de diferentes camadas da população, a respeito de aspectos relacionados ao câncer bucal. *Cad Estudos Pesqui UNIP* 2000; 6(1): 001/00.
- Dib LL. Nível de conhecimento e de atitudes preventivas entre universitários do curso de Odontologia em relação ao câncer bucal: desenvolvimento de um instrumento de avaliação. *Acta Oncol Bras* 2004; 24(2): 628-43.

Falcão MML, Alves TDB, Freitas VS, Coelho TCB. Conhecimento dos Cirurgiões Dentistas em relação ao câncer bucal. RGO, Porto Alegre, 2010, 58, 1, 27-33.

Jaber MA, Diz Dios P, Vazquez Garcia E, Cutando Soriano A, Porter SR Spanish dental students knowledge of oral malignancy and premalignancy. Eur J Dent Educ. 1997;1:167-71.

Johnson NW, Warnakulasuriya KAAS. Dentists and oral cancer prevention in the UK: opinions, attitudes and practices to screening for mucosal lesions and to counseling patients on tobacco and alcohol use: baseline data from 1991. Oral Dis 1999, 5(1): 10-4.

Kowalski LP, Franco EB, Torloni H, Fava AS, Andrade Sobrinho J, Romos G et. al. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to the tumor, the patient and health professionals. Oral Oncol Eur J Cancer 1994; 30 (3):167-73.

Lodi G, Bez C, Rimondini L, Zuppiroli A, Sardella A, Carrassi A. Attitudes towards smoking and oral cancer prevention among Northern Italian dentists. Oral Oncol 1997; 33(2): 100-4.

Miller CS, White DK. Human papillomavirus expression in oral mucosa, premalignant conditions, and squamous cell carcinoma: a retrospective review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1996; 82: 57-68.

Miyachi S et al. Centro de Diagnóstico de Lesões Bucais: potencial do impacto na epidemiologia do câncer bucal em Curitiba. Revista Brasileira de Cirurgia e Implantodontia, 2002, 9, 33, 80-5.

Pires AB, et al. Diagnostico do Câncer de Boca, Responsabilidade do Cirurgião Dentista. Anais (Trabalho Apresentado no 5º OdontoRio), Rio de Janeiro, 2000.

Pontes JRM. Prevenção de câncer: união de todos, objetivo a ser alcançado. Rev Bras Cancerol, 1995; 41:147.

Reichart PA, Khongkhunthian P, Scheifele C, Lohsuwan P. Thai dental students' knowledge of the betel quid chewing habit in Thailand. Eur J Dent Educ. 1999;3:126-32.

Regezi, J.A.; Sciubba, J.J.; Jordan, R.C.K. Patologia bucal: Correlações clínicopatológicas. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

Ribeiro R, Martins MAT, Fernandes KPS, Bussadori SK, Miyagi SPK, Martins MD. Avaliação do nível de conhecimento de uma população envolvendo câncer oral. Robrac. 2008;17(44):104-9

Scully C, Porter S. ABC of oral health: oral cancer. British Medical Journal, 2000, 321, 7253, 97-100.

Seoane J, Varella-Centelles PI, Gonzalez-Reforma N, Aguado A, Esparza G. Assessment of dental students' ability to recognize precancerous lesions and conditions. Eur J Dent Educ. 1997;1:172-5.

Variável	Categoria	Enfermagem		Medicina		Odontologia	
		N	%	N	%	N	%
Nível de conhecimento sobre diagnóstico e prevenção de câncer bucal	Ótimo	1	1,10%	0	0%	8	10,20%
	Bom	25	28,70%	10	23,20%	37	46,80%
	Regular	37	42,50%	16	37,30%	25	31,60%
	Insuficiente	24	27,50%	17	39,50%	9	11,40%
Fatores de risco do câncer bucal	Dentes Cariados	40	46,20%	14	32,50%	7	8,80%
	Baixo consumo de frutas e vegetais	16	18,30%	0	0%	0	0%
	Contágio Direto	3	3,50%	0	0%	1	1,20%
Aspecto inicial mais comum do câncer de boca	Úlcera Indolor	41	46,80%	30	69,80%	59	75%
	Massa Tumoral	22	25,20%	2	4,60%	14	18,20%
	Dor Intensa	9	10,30%	4	9,30%	1	1,20%
	Não sei	15	17,70%	7	16,30%	4	5,6%
Lesão mais relacionada com o câncer de boca	Leucoplasia	11	12,60%	18	41,90%	60	76%
	Pênfigo Vulgar	1	1,20%	5	11,60%	2	3%
	Estomatite	22	25,20%	3	7%	5	6,80%
	Candidíase	6	7,20%	3	7%	0	0
	Herpes Labial	11	12,60%	4	9,30%	1	1,20%
	Não sei	36	41,20%	10	23,20%	10	13%
Região anatômica mais frequente para o câncer bucal	Língua	12	13,70%	8	18,60%	39	49,30%
	Assoalho de boca	11	12,60%	10	23,20%	14	18,20%
	Gengiva	18	20,60%	4	9,35%	5	6,30%
	Palato	10	11,50%	7	16,30%	1	1,20%
	Mucosa Jugal	10	11,50%	7	16,30%	10	13%
	Não sei	26	30,10%	7	16,30%	10	13%
Câncer bucal é diagnosticado em qual estágio	Precoce	4	4,50%	2	4,60%	1	1,20%
	Avançado	77	88,50%	39	90,80%	76	96,30%
	Não sei	6	7%	2	4,60%	2	2,50%
Profissional procurado para prevenção e diagnóstico de câncer bucal	Enfermeiro	8	9%	0	0%	0	0%
	Otorrinolaringologista	13	15%	7	16,30%	1	1,20%
	Cirurgião - Dentista	63	72%	26	60,50%	77	94,70%
	Médico Clínico Geral	9	19,30%	12	27,90%	2	2,50%
	Dermatologista	6	6,90%	1	2,30%	2	2,50%
	Gastroenterologista	4	4,60%	5	11,60%	0	0%
O Tratamento deve ser multidisciplinar	Sim	84	96,50%	36	83,70%	74	93,70%
	Não	3	3,50%	7	16,30%	5	6,30%

Tabela 1. Principais resultados obtidos através do questionário realizado com os estudantes de Enfermagem, Medicina e Odontologia.

Desafios na Gestão e Inovação de Produtos em Educação a Distância: Como assegurar a sustentabilidade e melhores práticas de gestão nas organizações de aprendizagem

Challenges in Management and Product Innovation in Distance Education: How to ensure sustainability and best management practices in learning organizations

Rita de Cássia Borges de Magalhães Amaral | ead@saojose.br

É Coordenadora Geral de EaD das Faculdades São José e Pesquisadora da Escola de Estudos do Futuro- PUC-SP

Alessandro Marco Rosini | alessandro.rossini@yahoo.com

É Professor Pesquisador do Programa de Pós graduação em Administração no Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas-PPGA/FMU e Pesquisador da Escola de Estudos do Futuro-PUC-SP.

RESUMO

Este artigo tem como objetivo discutir os principais desafios na gestão e inovação de produtos em educação a distância - EaD, contextualizando a evolução da gestão nas organizações de aprendizagem, e o papel dos agentes interlocutores na condução e evolução de programas de educação medida pelas novas tecnologias na construção de conhecimentos e assegurando sustentabilidade na condução de processos organizacionais.

Palavras Chave: Desenvolvimento de Produtos em EaD; Gestão Estratégica em EaD; Inovação nas Organizações de Aprendizagem.

ABSTRACT

This article aims to discuss the main challenges in the management and product innovation in distance education distance learning, contextualizing the evolution of management in learning organizations, and the role of interlocutors agents in the conduct and outcome of education programs as new technologies in construction of knowledge and ensuring sustainability in driving organizational processes .

Keywords: Product Development in EaD; Strategic Management in distance education; Innovation in Learning Organizations.

INTRODUÇÃO

Uma das competências mais importantes neste cenário global é a Inovação. As causas da crescente importância do processo de inovação decorrem da globalização, além da rápida e contínua evolução tecnológica que desafia as organizações a promoverem mudanças e estabelecerem qualidade em seus serviços. Com a educação não poderia ser diferente, visto que o conhecimento deve ser desenvolvido e aplicado para que se alcançar níveis de qualidade. Mas, se faz necessário transformar o conhecimento em inovação aplicada, isto é, novos produtos ou serviços.

São exigidas da educação soluções inovadoras na construção do conhecimento e com as novas tecnologias provoca-se uma revolução nas formas de aprender e ensinar. A aprendizagem nesse contexto, deve ser entendida como o processo de criação, processamento, transmissão e armazenamento como paradigmas de inovação na produção do conhecimento.

O conhecimento conexo à reflexão tornou-se um dos fatores principais de inovação na produção no sistema educacional. Com uma abordagem centrada no aluno, a EaD admite mais flexibilidade no desenvolvimento dos currículos e na coordenação de programas de aprendizagem. Ela tem o potencial gerador de novos modelos de ensino-aprendizagem que influenciam no estilo como a educação em geral é provida. (REIS, 2004)

Se for verdadeiro o conceito de que a inovação tecnológica é a introdução no mercado, com êxito, de novos produtos ou tecnologias no processo de produção ou nas próprias organizações, assim como a subsequente difusão destes na sociedade, então as inovações implicam uma série de atividades científicas, tecnológicas, organizacionais, financeiras e comerciais. Dessa perspectiva, a inovação tecnológica é, principalmente, um fenômeno que tem início e concretiza-se pela ação de agentes econômicos: as empresas. (REIS 2004, pag.17)

O presente artigo objetiva discutir os principais desafios na gestão e inovação de produtos em educação a distância, contextualizando a evolução da gestão nas organizações de aprendizagem.

METODOLOGIA DE ESTUDO

Propomos em nossa discussão, um estudo proveniente de pesquisa exploratória, de caráter qualitativa dos eixos que norteiam a gestão e o planejamento da modalidade de ensino a distância - EaD. Optando pelo método de estudo exploratório, por meio da realização de estudo de caso em Instituições que se utilizam dessa modalidade de ensino no país, este artigo baseia-se em evidências qualitativas coletadas por meio de pesquisa participante e técnicas múltiplas tais como: análise de cenário da modalidade de ensino a distância, entrevistas e discussões de grupo, com foco nas ações de gestores de EaD, pertencentes a Instituições de ensino superior no país que praticam a EaD.

CONTEXTO ESTRATÉGICO NO DESENVOLVIMENTO DE PRODUTOS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

As instituições que pretendem ou já desenvolvem programas de educação a distância, devem tomar decisões com a definição de obter a ligação entre os objetivos e a estratégia de inovar nos projetos de desenvolvimento de produtos. Tais projetos devem refletir a direção e a intenção estratégica no oferecimento de produtos inovadores e de qualidade na gestão da aprendizagem a distância. Uma onda de inovação ocorre quanto uma "nova tecnologia" é aplicada a um determinado tipo produto, iniciando-se assim um período de descontinuidade em que surgem grandes mudanças no produto e no processo. Nesse contexto é interessante observarmos como a inovação na EaD se processo e como a gestão é pensada em termos de qualidade nos produtos que oferece.

A questão inicial proposta, é que um bom projeto de EaD deve partir de uma boa estratégia e, para isso, a combinação de análises do ambiente externo (oportunidades e ameaças) e interno (pontos forte e fracos) resultam num mix estratégico a ser constantemente avaliado pela instituição promotora de EaD. (AMARAL&ROSSINI, 2009).

A COMPLEXIDADE NA GESTÃO DA EAD

A palavra complexidade talvez seja uma palavra fácil de ser expressa, porém, difícil de ser de fato compreendida. Talvez, por intermédio de um planejamento adequado e através de uma avaliação contínua séria, ou seja, com ações simples de trabalho e acompanhamento efetivo, estejamos no caminho certo para todo e qualquer tipo de gestão e administração de qualquer processo que exista. Gastón Bachelard apud Morin (2008, p. 176), [6] considerou a complexidade como um problema fundamental, onde segundo ele, não nada simples na natureza, mas apenas o que é simplificado.

A complexidade que existe no sistema e ambiente da educação a distância é realmente grande, donde podemos simplesmente preconizar que essa mesma existe atualmente na própria modalidade de ensino presencial. Se não nos dermos conta e efetivamente agirmos de fato no acompanhamento e na gestão dos principais pressupostos e agentes interlocutores, isto é, nas comunidades acadêmicas – professores, pessoal de apoio (que aliás, não são menos importantes, mas sim altamente importantes e necessários) e os próprios alunos em si, nada poderá evoluir no contexto da qualidade da educação, onde o principal porvir é o efetivo aprendizado do acadêmico, seja para atuar profissionalmente em suas atividades presentes e futuras, ou até mesmo para adquirir certos princípios e aprendizado cultural a fim de lhe propiciar um maior entendimento daquilo que seja importante e necessário para o caminhar de sua vida.

Uma questão que até nos parece simples de comentar, mas digamos, sem essa prática muito difícil será a de termos sucesso em qualquer tipo de ação operacional, mas também estratégico é o PDCA: (Plan – planejar, Do – executar, Check – verificar, Action – agir).

Para Aguiar (2002), para que as organizações sejam capazes de promover as mudanças necessárias e cabíveis, é necessário que as mesmas detenham um sistema ou modelo de gestão adequado, onde as permitam a enfrentar os desafios que as mesmas permanentemente irão encontrar – onde de uma forma simples, mais objetiva em seu êxito, é o PDCA.

Existem vários agentes que são parte fundamental para que esse processo ocorra na modalidade de ensino a distância, onde um deles, de forma muito significante – é o coordenador de pólo de apoio presencial.

Um ponto muito importante e discutido por vários autores e especialistas organizacionais é o de o que são as melhores práticas ou Best Practices. AS melhores práticas orientam de como será conduzido um determinado negócio no contexto organizacional. No caso do EaD, tudo começa pela discussão (pelo menos no Brasil) sobre os instrumentos de avaliação introduzidos recentemente em 2007 pelo Ministério da Educação – MEC (2009). Mas deter os pré-requisitos para que possa ser empregada a modalidade de ensino a distância é apenas quais ferramentas e quais qualificações de pessoas e recursos de infra-estrutura ter-se-á para que se possa garantir um mínimo de qualidade nesse contexto educacional.

Para Quinn apud Mintzberg e outros (2006), a criação de conhecimentos novos ou não nas organizações é de fato uma prioridade de gestão, onde esses conhecimentos adquiridos são a base para a renovação da organização e a grande vantagem competitiva de forma sustentável.

UM EXEMPLO DA GESTÃO ESTRATÉGICA: O PAPEL DO COORDENADOR DO PÓLO

O Coordenador de Pólo de apoio presencial é o grande responsável pelo processo de acompanhamento da vida acadêmica dos alunos, em todos os níveis, portanto é imprescindível que o mesmo tenha no mínimo noções sobre o contexto educacional.

Para garantir o processo de interlocução entre os principais agentes desse contexto educacional - orientação acadêmica, esse indivíduo necessita ter muito esforço quanto aos serviços de orientação e de informações relativas ao curso.

A gestão de cursos na modalidade a distância é um grande desafio para os dias atuais, pois acaba se tornando um dos principais fatores de sucesso ou insucesso da Instituição que utiliza desse tipo de prática na educação. Conhecer todos os aspectos da gestão acadêmica na modalidade de ensino em EaD é um requisito essencial para que a mesma seja desenvolvida de forma profissional e com qualidade.

Por meio da gestão adequada e efetiva da coordenação do Pólo é possível garantir o processo de interlocução necessário a qualquer projeto educativo, no entanto para isso é necessário que o coordenador tenha algumas habilidades técnicas e comportamentais.

O Coordenador do pólo de apoio presencial desempenha papel de grande importância para o cenário do sistema de educação a distância. Contudo, tão importante quanto definir os papéis e funções do Coordenador do Pólo de apoio presencial, é a identificação clara de todas as atividades a serem desempenhadas por ele. O detalhamento dessas ações deve carregar informações relativas ao grau de importância, prioridade das ações, etapas de implementações das ações, custos, estratégias de emergência e rotinas de atividade. Na realidade, um elenco de informações que permitam não só o planejamento estratégico do Pólo, mas a gestão estratégica do mesmo.

Portanto, a grande missão do coordenador de Pólo no EaD é o de manter e zelar pelo bom funcionamento dos processos administrativos e pedagógicos que se desenvolvem no Pólo de apoio presencial. O mesmo necessita estar atento aos seguintes requisitos: Os calendários e as agendas de atividades dos diversos cursos oferecidos pela Instituição (Sede EaD), Garantir que a infra-estrutura do Pólo esteja adequada para a viabilização das atividades acadêmicas; Gerenciar as atividades acadêmicas bem como das administrativas no Pólo; Coordenar as atividades de tutoria presencial conforme calendário orientado pela equipe pedagógica do curso; Proporcionar orientação pedagógica adequada aos professores tutores; Gestão de recursos humanos das pessoas que exercem suas atividades profissionais no Pólo: capacitação contínua, benefícios, incentivos, entre outros; Organização e atualização dos insumos bibliográficos – exigidos pelos cursos; Gestão administrativa dos Pólos como um todo: parcerias, marketing, equipamentos e insumos tecnológicos, entre outros; Responsável pela logística de recebimento e controle dos materiais didáticos do pólo; Coordenar o trabalho desenvolvido pela secretaria do Pólo (registros acadêmicos), entre outros.

Estamos dessa maneira, contextualizando a Gestão acadêmica da EaD, mais especificamente dos pólos de apoio presencial – modelo esse, tão difícil e não sistematicamente percebido e muito além compreendido, onde talvez seja um dos grandes diferenciais não só estratégicos, mas sim, até mesmo de sobrevivência de uma unidade educacional, portanto esse contexto acaba sendo a inserção da variável educacional, ao longo de todo o processo gerencial de planejar, organizar, dirigir, controlar e avaliar, utilizando-se das funções que compõe esse processo gerencial, trabalhando com qualidade (PDCA) e com as tecnologias educacionais, visando atingir objetivos e metas propostas pela Instituição.

Conseqüentemente, pode-se efetuar a seguinte leitura do conceito acima: por intermédio dos principais agentes de interlocução de EaD da Instituição (tutoria de Sede e de pólos, setor de logística, secretaria acadêmica, coordenações acadêmicas (dos cursos) e agentes de produção (tecnologia educacional, material didático, entre outros), com o apoio da área acadêmica e administrativa, corroborar por meio de políticas institucionais e articular junto aos gestores dessas áreas, a fim de cobrar ações efetivas de qualidade para a devida satisfação do aluno, bem como de supervisionar e desenvolver programas de formação continuada, com o apoio das áreas acadêmica e administrativa junto aos pólos de apoio presencial.

Portanto, está focado na política de qualidade de ensino em EaD e no atendimento eficaz do alunado.

EDUCAÇÃO CORPORATIVA NO CONTEXTO DA INOVAÇÃO NA APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL

A educação corporativa pode ser empregada no contexto da aprendizagem organizacional, onde revela um eficaz veículo para o alinhamento e desenvolvimento dos talentos humanos. Segundo contextualização de Meister (1999), a educação corporativa ou até mesmo a universidade corporativa, como também o é conhecida, pode ser definida como “um guarda-chuva estratégico para desenvolver e educar funcionários, clientes, fornecedores e comunidade, a fim de cumprir as estratégias empresariais da organização”.

Já o termo “universidade” não deve ser entendido dentro do contexto do sistema de ensino superior, no qual designa a educação de estudantes e o desenvolvimento de pesquisa em várias áreas do conhecimento, uma vez que a “universidade corporativa” oferece instrução específica, sempre relacionada à área de negócio da própria organização. Entende-se por educação corporativa um conjunto de ações que visam desenvolver conhecimentos, habilidades e competências alinhadas ao interesse estratégico da organização e, por conseguinte, capazes de incrementar o potencial competitivo da mesma.

Considerando-se o aspecto da gestão do conhecimento, as universidades passaram a contar com um novo entrante no contexto do ensino superior, representado pelas universidades corporativas. No caso específico da educação a distância o mundo corporativo permite a redução dos custos para capacitar muitos funcionários e na possibilidade de propiciar a gestão do conhecimento na empresa valorizando sua própria cultura, fazendo tudo isso sem que o funcionário tenha que se deslocar para um outro espaço, outras cidades e estados.

As parcerias entre Instituições de ensino superior e empresas podem ocorrer sob diferentes modalidades: desenvolvimento de programas personalizados de educação continuada, graduação ou pós-graduação; e formação de um consórcio de parceiros de aprendizagem, envolvendo, por exemplo, mais de uma Instituição de ensino superior e uma única empresa ou mais de uma empresa e uma única Instituição de ensino superior.

Em geral, a criação e desenvolvimento de universidades corporativas estão atrelados às grandes empresas, no entanto a formação de parcerias com instituições de ensino superior é muito vantajosa, pois se faz necessário a contratação de recursos humanos adicionais para conduzir as ações estratégicas de educação corporativa, podendo contar com a estrutura e as competências específicas das instituições de ensino superior.

A educação corporativa é necessária e inevitável, sendo uma das estratégias mais eficientes para se preparar o futuro, além da ocupação de espaços privilegiados do mercado de trabalho e do processo produtivo. Precisa estar tecnologicamente competente, correspondendo ao futuro próximo, na qual as pessoas encontrem condições formativas motivadoras, ou seja, profissionais competentes e cidadãos ativos.

A de se reportar em nossa discussão que quanto mais preparado e desenvolvido estiver o indivíduo, melhor e mais apto o mesmo estará a fim de desenvolver suas atividades e por princípio suas metas. Na educação e na modalidade de ensino a distância isso sem sombra de dúvidas não é diferente. As pessoas, os professores, tutores, secretários, entre outros, necessitam estar em processo de desenvolvimento contínuo de suas atividades no trabalho – só e a partir daí, é que podemos ter e propiciar um suporte educacional mais próximo dos necessários indicadores de qualidade educacional.

As pessoas e seus conhecimentos adquiridos são a base, de uma organização. Sem profissionais motivados, treinados e qualificados, a empresa perde seu propósito e sua eficiência. Assim, uma organização jamais obterá inteligência competitiva se não tiver profissionais qualificados, onde todo esse contexto e abordagem pode e deve ser aplicado em Instituições educacionais, funcionando assim como um grande guarda-chuva estratégico organizacional, aplicado junto a programas de formação de professores e educadores.

A INOVAÇÃO NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM- A TUTORIA COMO O GRANDE GUARDIÃO DA EaD

Novos papéis vão surgindo, e novos perfis profissionais vão alterando o cenário produtivo e na educação não seria diferente. Atualmente o professor não atua ou não deveria atuar como transmissor de um conjunto imóvel de informações aos alunos predominante da educação tradicional. Paulatinamente o enfoque mudou e os processos de construção, gestão e disseminação do conhecimento, se destacam na concepção no “aprender a aprender”.

Em modelos de EaD que construímos enquanto gestores de programas de EaD em diversas instituições educacionais, assumimos que o tutor da educação a distância tem funções diferenciadas em relação ao professor presencial. Embora reconheçamos que a base da formação inicial seja a mesma, interagir com o aluno a distância exige habilidades específicas a serem implementadas na teoria e na prática. (AMARAL&ROSSINI, 2009).

Os programas de EaD, geralmente possuem uma equipe multidisciplinar e os professores adotam papéis diferenciados, que vão desde a gestão acadêmico-administrativa dos programas até a atuação como professor tutor, como o profissional da educação que atua nas situações planejadas de ensino e aprendizagem presencial ou na orientação assistida à distância. de encontros presenciais no pólo e/ou virtuais.

Se considerarmos que o professor tutor, é designada a função de ser facilitador e mediador da aprendizagem, motivador, orientador e avaliador em um amplo campo de atuação, percebemos que forma como é conduzido esse processo será inovadora na medida em que ele possuir competências e habilidades necessárias na gestão e administração de situações de aprendizagem.

Considerando que o tutor é responsável por grande parte das atividades de interação, necessita dirigir o processo de aprendizagem de forma dinâmica e sistêmica, efetuando trabalhos de ajuda e suporte buscando propiciar a aprendizagem colaborativa e interatividade entre os alunos.

Em nosso modelo, privilegiamos a concepção em que discute a tutoria como uma orientação acadêmica e ressalta que durante o processo de acompanhamento o tutor precisa estimular e motivar o aluno, além de contribuir para o desenvolvimento da capacidade de organização das atividades acadêmicas e de auto-aprendizagem. (NEDER, 2003)

O modelo implica na ação constante e intensa da equipe de tutoria. Na fase de desenho e produção do programa de EaD de algumas instituições que colaboramos na implementação, estruturamos o processo de gestão de tutoria visando à interação e comunicação entre tutores e alunos, mapeando os momentos críticos para o aluno, como a participação nos fóruns de discussão, nos chats, na realização dos exercícios e na construção de um trabalho interdisciplinar a cada finalização dos módulos.

Assim, no processo mediato por tecnologias tal qual é o aprendizado a distância, o tutor é o guardião desse processo e exerce um papel marcado pela singularidade: é de sua responsabilidade conduzir o aluno para a aquisição de conhecimentos aplicáveis a sua vida cotidiana sem, no entanto, impor ou limitar respostas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cenário global, a sociedade do conhecimento demanda atores sociais que produzam de uma forma inovadora, e os programas de EaD devem tomar decisões no sentido de obter a união entre os objetivos e a estratégia de inovar nos projetos de desenvolvimento de produtos de qualidade que se refletem na aprendizagem a distância. . refletir e o professor tutor não foge dessa regra. Neste cenário é importante também considerar a educação corporativa, como necessária e inevitável, sendo uma das estratégias mais eficientes para se preparar o futuro, além da ocupação de espaços privilegiados do mercado de trabalho e do processo produtivo. O ambiente mediatizado em EaD é um processo de transformação do cenário educativo, onde professores e alunos constroem novos procedimentos e relações de cooperação em busca da aprendizagem pró-ativa.

Procuramos corroborar, como o tutor deve atuar em seu ambiente de trabalho: utilizando a interatividade mediante seus alunos e a tecnologia disponível, possibilitando assim uma aprendizagem significativa na construção da gestão do conhecimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Silvio. Integração das ferramentas de qualidade a PDCA e ao programa seis sigma. Belo Horizonte: editora de desenvolvimento gerencial, 2002.

AMARAL, Rita de Cássia Borges de Magalhães ; ROSSINI, A. M. . Concepções de Interatividade e Tecnologia no Processo de Tutoria em programas de Educação a Distância: Novos paradigmas na construção do conhecimento. Revista Intersaberes, v. Ano 03, p. 06, 2009

MEISTER, J. C. Educação Corporativa. Tradução de Maria Claudia Santos Ribeiro Ratto. São Paulo: Makron Books, 1999.

Ministério da Educação (MEC). Regulamentação da EAD no Brasil. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/legislacao/refead1.pdf> Acesso em: 20 fev. 2009.

MINTZBERG, Henry e outros. O processo da estratégia. Conceitos, contextos e casos selecionados. Tradução de Luciana de Oliveira da Rocha. 4ª. Ed. – Porto Alegre: Bookman, 2006.

MORIN, Edgar. Ciência com Consciência. Tradução de Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 11ª. Ed. 2008.

NEDER, L. Curso de Extensão em Elaboração de Material Didático Impresso. Ceará - Universidade Estadual do Ceará, 2003 (Notícia) Disponível em: <http://www.necad.uece.br/tudoaler/noticias/noticia4.htm>.

REIS, Dácio Roberto. Gestão da Inovação Tecnológica. Barueri-SP: Manole, 2004.

Lílian Maria de Oliveira Faria

Docente Faculdades São José

Marcia Maria Silveira de Sá Cunha

Farmacêutica Hospitalar – Hospital Universitário Sul Fluminense

RESUMO

A automedicação é um problema de saúde pública mundial e representa uma prática de risco, porém comum na população como um todo. O objetivo do presente estudo foi levantar o perfil dos estudantes de Medicina frente ao consumo de medicamentos. Foi utilizado um questionário com questões objetivas relativas ao perfil sociodemográfico da amostra, classe de medicamentos utilizados no último mês, indicação de e para terceiros e motivo da utilização. A amostra foi constituída por 135 estudantes do curso de Medicina de uma instituição de ensino particular do estado do Rio de Janeiro. Os primeiros resultados mostraram que grande parte dos entrevistados (75%) se automedicam e que a incidência de indicação a terceiros é prevalente entre alunos do sexo masculino (90%) em relação ao feminino (51%). A influência de terceiros (balconistas, publicidade, amigos, familiares) indicando medicamentos para uso pelos estudantes foi de 68% para amigos e familiares. Quanto a classe de medicamentos utilizados no último mês inclui desde analgésicos e antitérmicos (50,3%) a antidepressivos e ansiolíticos (5,2%). Por se tratarem de profissionais da área de saúde, esperava-se que o consumo fosse menor e mais seguro considerando serem os estudantes conhecedores dos riscos provocados pelo uso inadvertido e inadequado de medicamentos. Entretanto destaca-se o peso dos alunos se sentirem habilitados e já profissionais da área da saúde.

Palavras Chave: Uso de medicamentos, Automedicação, Acadêmicos de medicina

ABSTRACT

Self-medication is a worldwide public health problem and represents a practical risk, though common in the population as a whole. The aim of this study was to raise the profile of medical students towards the consumption of drugs. A questionnaire with objective questions related to sociodemographic profile of the sample, the class of drugs used in the last month, and indication for use of third reason was used. The sample consisted of 135 students of Medicine a private educational institution in the state of Rio de Janeiro. The first results showed that most respondents (75%) self-treatment and indicated that the incidence of third parties is prevalent among male students (90%) than female (51%). The influence of others (clerks, advertising, friends, family) indicating drug for use by students was 68% for friends and family. As a class of drugs used in the last month since includes analgesics and antipyretic (50.3%) antidepressants and anxiolytics (5.2%). Since they are professionals in the field of health, it was expected that the consumption was less and be safer considering the knowledgeable students of the risks caused by inadvertent and inappropriate use of drugs. However the highlight is the weight of students feel empowered and have professionals of health.

Keywords: Drug use, self-medication, Academic Medicine

INTRODUÇÃO

A automedicação é definida como o uso de drogas sem prescrição e sem acompanhamento médico, em que o próprio paciente decide qual fármaco, quando e quanto utilizar. Como automedicação é possível incluir a prescrição de medicamentos por pessoas não habilitadas como amigos, familiares ou balconistas da farmácia, nesses casos também denominado de “exercício ilegal da medicina”, de acordo com, Paulo e Zanine (1988). Por outro lado, fatores econômicos, políticos e culturais contribuem para o crescimento e a difusão da automedicação, tornando-a um problema de saúde pública. De acordo com Adamo e Necchi a maior disponibilidade de produtos no mercado gera maior familiaridade do usuário leigo em relação aos medicamentos.

Na atualidade a automedicação pode ser considerada como uma necessidade com função complementar aos sistemas de saúde, particularmente em países pobres e emergentes, tanto assim que a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1989) publicou diretrizes para a avaliação dos medicamentos que poderiam ser empregados em automedicação. De acordo com a OMS estes medicamentos devem ser eficazes, confiáveis, seguros e de emprego fácil e cômodo.

Corroborando para potencializar a automedicação o crescimento do número de medicamentos de venda livre assim como a disponibilidade desses medicamentos em estabelecimentos não farmacêuticos. Os rígidos controles estabelecidos pelas agências reguladoras em países desenvolvidos bem como o crescente envolvimento dos farmacêuticos com a orientação dos usuários de medicamentos tornam menos problemática a prática da automedicação nestes países. No entanto, esta não é a realidade do Brasil. De acordo com a Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (ABIFARMA), cerca de 80 milhões de pessoas são adeptas da automedicação (ARRAIS, 2013). Sem o rígido controle das agências reguladoras e a falta de profissionais farmacêuticos em número e com competências e habilidades para atuarem na orientação ao paciente os riscos da automedicação praticada no país são preocupantes.

Considerando que a automedicação é uma realidade e que a própria OMS entende haver necessidade da prática com garantia de segurança e eficácia surgiu o conceito de automedicação responsável. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1988), os medicamentos isentos de prescrição (MIPs) são os medicamentos aprovados pelas autoridades sanitárias para tratar sintomas e males menores, disponíveis sem prescrição ou receita médica devido à sua segurança e eficácia desde que utilizados conforme as orientações disponíveis nas bulas e rotulagens. Porém, este conceito distingue-se da autoprescrição, a qual se baseia na utilização de medicamentos sujeitos a apresentação de receita, sem supervisão e que se considera como um ato irresponsável. A sua livre utilização acarreta riscos, uma vez que este tipo de medicamentos apresenta um estreito perfil de segurança.

Recorrendo à automedicação responsável (Bitá, 2013), o paciente consegue tratar um problema de saúde sem gravidade de forma rápida, segura e com baixos custos associados, visto não necessitar de consulta médica. Desta forma, os indivíduos têm autonomia e responsabilidade na gestão da sua saúde, o que se reflete numa menor sobrecarga nas unidades de cuidados médicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, permite que os médicos estejam disponíveis para situações clínicas de maior gravidade. Esta é a teoria que na prática não se confirma, pois a população que utiliza o SUS para atendimento pertence a baixa camada social na qual o índice de conhecimento é insuficiente para gerir a autonomia do uso de medicamentos com segurança.

Embora a automedicação responsável se baseie no tratamento de várias patologias de forma segura, na realidade, os profissionais de saúde têm consciência de que o uso de um medicamento tem sempre um risco associado, ainda que seja conhecida a sua margem de segurança. Segundo Bitá (2013), a utilização destes medicamentos só deve ser feita se o quadro clínico for facilmente perceptível, pois muitas vezes a automedicação pode “mascarar” sintomas associados a patologias de maior gravidade. Nestes casos, não só o diagnóstico é feito tardiamente, como também o seu tratamento, o que contribui para o agravamento do estado de saúde.

Para Soares (2002), o uso de MIPs pode estar associado ao aparecimento de reações adversas, assim o paciente deve estar atento a possíveis alterações decorrentes da utilização destes medicamentos. Não menos importante, existe também a possibilidade de surgirem interações, não só entre os MIPs mas também entre os MIPs e os medicamentos comercializados com apresentação de receita médica.

Outro risco associado ao uso destes medicamentos é a posologia e modo de administração, no sentido em que o paciente pode fazer uma dose sub-terapêutica, exceder a dose diária ou tomar o medicamento de forma errada

METODOLOGIA

Foi utilizado o estudo descritivo utilizando como instrumento de coleta de dados questionário com questões objetivas. A pesquisa foi composta por alunos matriculados no curso de graduação em Medicina pertencentes ao 1º e 6º anos de uma faculdade particular localizada no município da região serrana do estado do Rio de Janeiro. Para análise do resultado não houve estratificação da amostra entre ingressantes (1º ano do curso) e concluintes (6º ano do curso).

O questionário aplicado foi validado entre alunos do curso de Medicina pertencentes a outras séries que não compõem a amostra. Foram abordados aspectos relativos ao perfil sociodemográfico da amostra, a utilização de medicamentos no último mês, a classe de medicamentos utilizada, o motivo da utilização, a indicação de terceiros e para terceiros.

Considerou-se como automedicação todos aqueles medicamentos autoindicados, indicados por parentes, amigos, balconistas ou outras pessoas não formalmente habilitadas para prescrever. Os medicamentos foram classificados de acordo com o código anátomo-terapêutico-químico (OMS, 1996).

RESULTADOS

O perfil dos entrevistados evidenciou um número equilibrado entre participantes era do sexo feminino (55,5%) e masculino (44,5%). Com relação ao faixa etária o maior número de participantes esteve entre 17 e 19 anos (44,4%) e 55,6% cursavam o 6º ano. O estado civil predominante era de solteiros (98,5%) e 81,5% dos participantes apresentaram uma renda familiar acima de dez salários mínimos (Tabela 1).

Características sociodemográficas	Acadêmicos	
	n	%
Sexo		
Masculino	60	44,5%
Feminino	75	55,5%
Grupo etário		
17-19 anos	60	44,4%
20-22 anos	49	36,3%
23 e + anos	26	19,3%
Série no curso		
1ª	60	44,4%
6ª	75	55,6%
Estado civil		
Solteiro	133	98,5%
Casado	2	1,5%
Renda familiar (SM*)		
6 a 10 SM	25	18,5%
> 10 SM	110	81,5%

* SM = salário mínimo = 724,00

80% dos entrevistados afirmaram ter feito uso de medicamentos no último mês (Figura 1). Com relação à fonte de indicação do(s) medicamento(s), a percentagem dos que referiram a existência de uma prescrição médica foi de 25% e aqueles que se automeDICARAM somaram 75% da amostra (Figura 2).

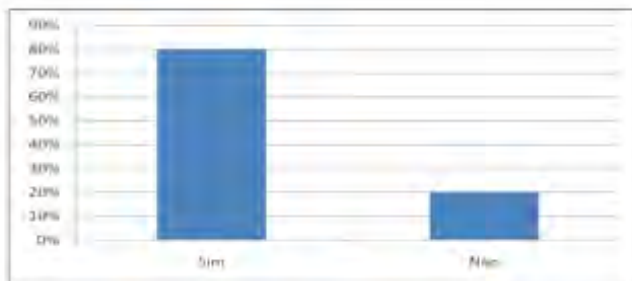


Figura 1. Índice do uso de medicamentos no último mês

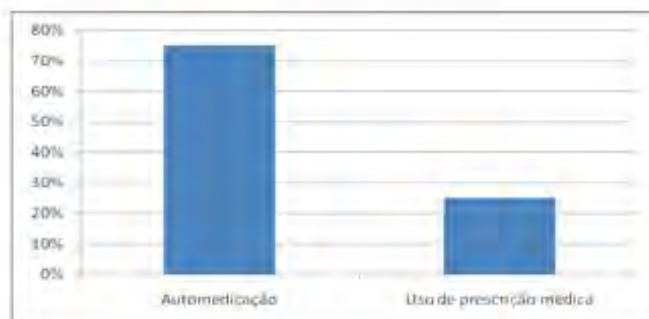


Figura 2. Fonte de indicação dos medicamentos

Dos entrevistados 68% justificou o uso de medicamentos pela indicação por familiares ou amigos, seguido de 60,7% que repetem o uso anterior da droga por ter mostrado eficácia (Tabela 2). Entretanto, um número significativo de estudantes (38%) atestam a automedicação por serem alunos de Medicina e possuírem conhecimento suficiente.

Tabela 2. Fonte de indicação de fármacos

Fonte de indicação	Aceitam indicação de terceiros
É estudante de medicina	38,0%
Uso anterior com eficácia	60,7%
Propaganda	4,4%
Indicação de balconista de farmácia	7,4%
Indicação de familiar ou amigos	68,0%

Na figura 3, os estudantes mostraram que assim como aceitam a indicação de medicamentos de terceiros eles próprios indicam medicamentos a amigos e familiares por já terem utilizado e obtido bons resultados (77,8%) ou porque entendem que já possuem conhecimento por serem estudantes de medicina (22,2%), este último dado representa quantitativamente a totalidade dos alunos do 6º ano. Neste item a incidência de indicação a terceiros é prevalente entre alunos do sexo masculino (90%) em relação ao feminino (51%).

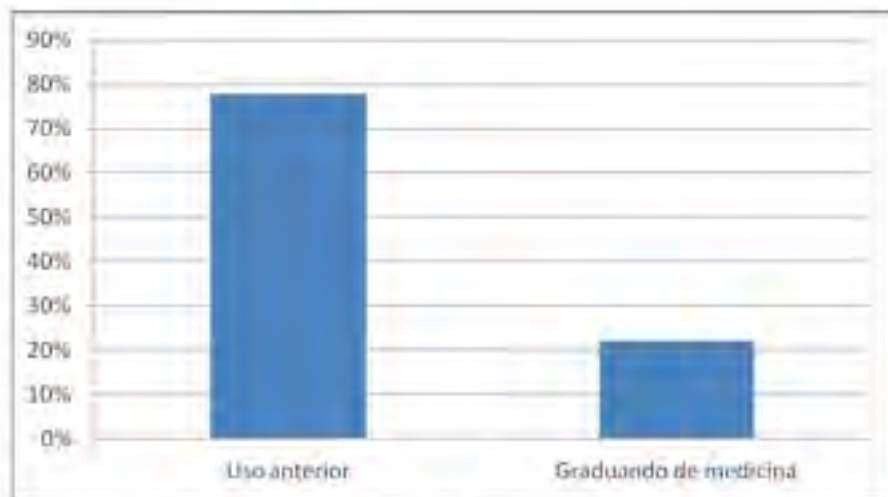


Figura 3. Motivo para indicação de medicamentos

Os medicamentos mais utilizados no último mês foram os analgésicos e as vitaminas. O grupo terapêutico “analgésico/antitérmico” foi citado por 50,3% dos estudantes e “vitamina/antianêmico” por 38,5% dos entrevistados (Tabela 3).

Tabela 3. Medicamentos mais utilizados pelos entrevistados no último mês

Medicamento *	Acadêmicos	
	n	%
Vitamina/antianêmico	52	38,5%
Analgésico/antitérmico	68	50,3%
AINE/antirreumático	15	11,1%
antibiótico/antimicótico/antiviral/ antiparasitário de uso sistêmico	10	7,4%
Preparações para tosse e resfriado	27	20%
Antibiótico/antimicótico/corticóide de uso tópico	7	5,2%
Antiasmático/descongestionante	16	11,8%
Antidepressivo/ansiolítico/ anticonvulsivante	7	5,2%
Antiespasmódico	10	7,4%
Outros **	61	45%
Total	273	

* Foi utilizada a classificação ATC, proposta pela OMS.

** Agrupou hormônio sexual, outros hormônios, miorelaxante, expectorante, anti-histamínico/corticóide de uso sistêmico, antiácido/antiúlcera, anorexígeno, betabloqueador, antiglicêmico.

Dentre os motivos que levaram os estudantes a fazerem uso de medicamentos no último mês, destacou-se a dor (33,6%). Imediatamente depois, surgiram a prevenção de prevenção/suplemento alimentar (23,7%) e resfriado (6,7%) (Tabela 4). A totalidade da amostra mantém medicamento estocado em casa.

Tabela 4. Motivos mais citados pelos entrevistados para o uso de medicamentos nos últimos quinze dias

Dor	85	33,6%
Prevenção/suplemento	60	23,7%
Resfriado	17	6,7%
Problemas com a garganta	08	3,2%
Febre	12	4,7%
Outros*	71	28,1%
Total	253	

* Agrupou anticoncepção, acne, tosse, alergia, estresse, gastrite, diarreia e problemas musculares, controlados.

DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1988), o uso racional de medicamentos ocorre quando o paciente recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose e posologias corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a comunidade. A última pesquisa realizada pelo Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade (ICTQ), com participação de 1.480 entrevistados entre os dias 25 de março e 03 de abril de 2014, em 12 capitais brasileiras, mostra que nossa realidade está longe do preconizado pela OMS. A pesquisa revela que 76,4 % da população brasileira faz uso de medicamentos à partir da indicação de familiares, amigos, colegas e/ou vizinhos. Em algumas capitais estes índices são mais elevados, colocando-se acima da média nacional, estão Salvador e Recife (96 %), Manaus (92 %), Rio de Janeiro (91 %), Brasília e São Paulo (83 %), e Belém (78 %).

De acordo com o ICTQ, 32 % da população consomem medicamentos isentos de prescrição médica (MIPs) de forma autônoma e 33 % adquirem estes produtos com o auxílio de balconistas, ou seja, 65 % dos MIPs utilizados no Brasil não passam pelo crivo de profissionais farmacêuticos. Esses resultados ajudam a entender as razões que levaram ao registro, pelo Sistema Único de Saúde (SUS - DataSus), de 60 mil casos de intoxicações medicamentosas no Brasil entre os anos de 2009 e 2013.

Do grupo de estudantes que compõem a amostra deste trabalho, 80% consumiram algum tipo de medicamento no último mês, dentre eles 75% através da automedicação por indicação de terceiros ou por escolha própria o que demonstra que a amostra estudada reflete o resultado da pesquisa feita pelo ICTQ a nível nacional com 76,4% de automedicação.

Preocupante é a constatação de que 38% se automedicam pois se acham aptos a exercerem as funções profissionais de diagnóstico e prescrição enquanto ainda graduandos. No entanto, como não houve estratificação da amostra não é possível identificar o percentual de alunos concluintes e ingressantes nesta categoria.

No Brasil, estudos do perfil de comportamento de estudantes frente ao uso de medicamentos têm sido frequentemente realizados e também corroboram com o resultado desta pesquisa. Pesquisa realizada na Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG), cujo objetivo foi estimar a prevalência da prática de automedicação entre 245 estudantes de enfermagem, farmácia e odontologia, constatou que, entre os 90,6% dos estudantes que relataram tal prática, 54,8% a associaram à presença de dor. Esses resultados contrastaram com os encontrados em um estudo desenvolvido em Taiwan, China, que investigou o conhecimento e as crenças sobre o uso de medicamentos entre 6.270 estudantes universitários de diferentes cursos, com idade entre 15 e 30 anos, de ambos os sexos, e observaram que eles raramente se automedicavam. 18,6% dos participantes alegaram falta de tempo de ir a um médico e um número menor (10,6%) apontou o difícil acesso ao sistema de saúde, razões financeiras, comodidade e a não necessidade de buscar cuidados médicos.

CONCLUSÃO

Pudemos observar que o uso de medicamento entre os estudantes é elevado e que é preocupante o fato de que se acham preparados para escolher, determinar a dose e o tempo de tratamento embora ainda alunos do curso de Medicina. Ao atestarem aceitar indicação de terceiros mostram que não há preocupação com efeitos indesejados e não pesam este fator no ato da escolha por se automedicarem e de indicarem medicamentos para uso de terceiros.

Sugere-se que o estudo seja aprofundado e estratificado para que o perfil entre ingressantes e concluintes possa ser traçado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMO, M.T. & NECCHI, S. La automedicación: um fenómeno complejo. *Med. Soc.*, 14:17-21, 1991.

ARRAIS, P. S. D.; et al. Perfil da automedicação no Brasil. *Revista da Saúde Pública*, São Paulo, v.31, n.1, p. 71-77, 2013.

BITO, R.A.S. Autocuidados e Automedicação na Temática da Obstipação. 2013. 110 fl. Dissertação (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas) - Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. 2013.

CAPELLÀ, D. & LAPORTE, J.R. Métodos aplicados em estudios descriptivos de utilización de medicamentos. In: Laporte, J.R. & Tognoni, G. *Principios de epidemiologia Del medicamento*. 2ª ed. Barcelona, Masson-Salvat, 1994. p. 67-93.

DAMASCENO DD, TERRA FS, ZANETTI HHV, D'ANDRÉIA ED, SILVA HLR, LEITE JA. Automedicação entre graduandos de enfermagem, farmácia e odontologia da Universidade Federal de Alfenas. *REME- Rev Min Enferm*. 2007;11(1):48-52.

HSIAO FY, LEE JA, HUANG WF, CHEN SM, CHEN HY. Survey of Medication Knowledge and behaviors among college students in Taiwan. *Am J Pharm Educ*. 2006;70(2):1-7.

<http://ictq.com.br/portal/colunas-materias/uso-irracional-de-medicamentos#ixzz34YqhME4I>

http://www.whocc.no/filearchive/publications/1_2013guidelines.pdf

KREGAR, G. FELINGER, E. Qué Se Entiende Por Automedicación? *Acta Farm. Bonaerense Atención Farmaceutica*. 24:130-133. 2005.

PAULO, L.G. & ZANINE, A. C. Automedicação no Brasil. Rev. Assoc. Med. Bras., 34:69-75, 1988.

SOARES, M., Medicamentos não Prescritos - Aconselhamento Farmacêutico, 2ª ed., Lisboa, vol. I e II,; Publicações Farmácia Portuguesa ANF, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for the medical assessment of drugs for use in self-medication. Copenhagen, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Uso de medicamentos essenciais. Ginebra, (OMS - Serie de Informes Técnicos, 770). 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for the medical assessment of drugs for use in self-medication. Copenhagen. 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medicatin. Report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist. Hague. Netherlends. 1998.

Lílian Maria de Oliveira Faria

Docente das Faculdades São José

Gisele de Magalhães Pinto

Docente da Fundação de Apoio a Escola Técnica (FAETEC), Docente do Sistema Elite de Ensino

RESUMO

Constitui-se senso comum considerar que os índices de evasão nos cursos superiores ofertados na modalidade de estudos a distância (EAD) são maiores que nos cursos presenciais. Os estudos sobre evasão apontam para um alto índice de evasão, na modalidade presencial, principalmente por fatores sócio-econômicos. Na modalidade a distância as pesquisas corroboram com as do ensino presencial, somadas às particularidades da utilização da tecnologia, inerente a modalidade.

Este trabalho se constitui como um estudo de caso de cunho qualitativo e tem por objetivo comparar os índices de alunos evadidos nas disciplinas de cursos superiores, oferecidas simultaneamente nas duas modalidades. O recorte da pesquisa ocorreu no segundo semestre letivo de 2013, em uma Universidade particular do Rio de Janeiro, após implementação seis anos antes, da Portaria MEC 4059/2004, que prevê a oferta de até 20% de carga horária de cursos superiores, reconhecidos, na modalidade a distância. Outrossim, visou identificar as variáveis que causam a evasão, considerando aluno evadido àqueles que desistiram definitivamente de cursar uma das disciplinas em qualquer etapa do período letivo. A metodologia utilizada incluiu levantamento documental e entrevista estruturada. Os resultados obtidos sugerem que o índice de evasão difere acentuadamente das pesquisas realizadas até o momento comparando a evasão entre as duas modalidades; algumas causas são específicas da modalidade semipresencial, se comparadas aos resultados apontados nas pesquisas de evasão em EAD, mas a maioria delas espelham os motivos de evasão do modelo presencial.

Palavras Chave: Evasão, Portaria MEC 4059/2004, tecnologia da comunicação, EAD.

ABSTRACT

Constitutes common sense finds that dropout rates in higher education courses offered in the form of distance studies (EAD) are larger than in classroom courses. The studies point to a high dropout rate of evasion in classroom mode, mainly by socio-economic factors. In distance studies corroborate with the present teaching, added to the particularities of using technology, inherent in the sport. This work constitutes as a case study of a qualitative nature and aims to compare the rates of dropout students in the disciplines of higher education courses, offered in two modes simultaneously. The excerpt of the study during the second semester of 2013 in a private University of Rio de Janeiro, after implementation, six years earlier, the Ordinance MEC 4059/2004, which provides for the supply of up to 20% workload of higher education, recognized in the distance. Furthermore, aimed to identify the variables that cause avoidance considering evaded those who gave up definitely attend one of the disciplines at any stage of the semester student. The methodology included structured interviews and documentary survey. The results suggest that the dropout rate differs markedly from the research conducted to date comparing evasion between the two modes; some causes are specific to the blended mode, compared to the results presented in polls dropout in distance education, but most of them mirror the grounds for avoidance of the face model.

Keywords: Evade, MEC Ordinance 4059/2004, communication technology, distance education

INTRODUÇÃO

A evasão universitária tem se caracterizado como uma realidade recorrente no âmbito do ensino de graduação, em várias partes do mundo. As formas de acesso e permanência dos alunos nos cursos superiores, especificamente a nível da graduação, têm preocupado pesquisadores e gestores no mundo inteiro.

Para Lobo et. al.(2007) na pesquisa realizada a partir do Censo da Educação Superior em 2005, somente metade dos alunos que ingressam anualmente no sistema no Brasil obtêm a titulação no prazo previsto para a integralização dos estudos. A situação brasileira se agrava quando comparada a de outros países. No Japão, a proporção de alunos que não concluem o curso após quatro anos é de 7%. No México, país em desenvolvimento como o Brasil, esse número atinge 31%.

Diaz (1996) e Gonçalves (1997), fundamentados no modelo teórico de Tinto (1975), afirmam ser possível identificar cinco categorias de causas da evasão: as psicológicas, as sociológicas, as organizacionais, as interacionais e as econômicas. Para os autores, as causas psicológicas seriam resultantes das condições individuais (internas) como imaturidade, falta de identificação com o curso escolhido, rebeldia, entre outras. Desconsideram nessa categoria de situações o impacto que os fatores externos podem ter sobre a personalidade, o que ocasionaria uma predisposição à evasão.

Entendem que as causas sociológicas e suas influências podem ser encaradas como fatores externos; porém, consideram que somente situações mais próximas ao estudante, tais como a necessidade de ingresso no mercado de trabalho e a repetência, dentre outras interferem nas causas de evasão.

As causas organizacionais, no entanto, procuram identificar a influência da organização institucional sobre as taxas de evasão. Tinto (1975) apud Gonçalves (1997) afirma que apesar dos alunos freqüentemente citarem problemas financeiros como razões do abandono, estes mascaram outros fatores, como insatisfação com a instituição.

Já as situações que integram as categorias interacionais estudam a conduta do aluno com relação aos fatores interpessoais e pessoais, que representam um aspecto dinâmico e interativo da experiência do estudante.

Esse aspecto em particular interfere na permanência ou não do aluno no curso e é influenciado também pelo fator econômico, considerando-se os custos e benefícios ligados à decisão, que dependem dos fatores individuais e institucionais.

Outro entrave apontado é a dificuldade de adaptação à vida universitária que, às vezes, requer mudanças de cidade e adaptação a novos ritmos de trabalho acadêmico e metodologias de ensino.

A decisão de persistir ou não no curso depende dos custos e benefícios associados à decisão. Esse tipo de análise deve considerar os fatores individuais e institucionais, de tal forma que sejam consideradas as experiências e características dos alunos, dentro da realidade de cada um. (GONÇALVES, 1997 p.23)

Sendo assim, e de acordo com o modelo proposto, é possível concluir que a permanência ou não no curso não é influenciada apenas pelos fatores econômicos mas também sofrem influência dos individuais e institucionais no processo de decisão. Diaz (1996) e Gonçalves (1997) sugerem ainda que no Brasil, devido a necessidade de o estudante estar presente no mercado de trabalho os fatores econômicos podem estar mais presentes do que as demais categorias elencadas.

É notório que no Brasil, muitos obstáculos se interpõem entre o aluno que ingressa e o aluno que conclui um curso de graduação, quer seja na universidade pública ou privada. A preocupação governamental com a evasão no ensino superior, no entanto, teve início a partir de 1972 (BRAGA, 1996), quando o Ministério da Educação/MEC, por meio das universidades públicas, manifestou preocupações com o assunto, ocasionando os primeiros estudos e debates sobre o tema. A partir daí, dados estatísticos foram divulgados revelando números significativos de evasão de alunos dos cursos de graduação na modalidade presencial.

Segundo pesquisa da FGV-EAESP - Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, a média de abandono na modalidade presencial é de cerca de 16%, sendo que os cursos semipresenciais respondem por 8% das evasões e os totalmente a distância, por 30% (Maia, 2004).

O estudo sobre as possíveis causas da evasão e a análise dos dados coletados encontrou apoio nos estudos de Tinto (1975), Diaz (1996), Gonçalves (1997), Lobo (2007) entre outros autores que estudaram, com base no modelo criado pelo primeiro, índices e possíveis causas para a evasão nos cursos de graduação na modalidade presencial.

Quando se trata da modalidade a distância, as pesquisas até o presente momento, sugerem índices elevados de evasão. Segundo o Anuário Estatístico Brasileiro de Educação a Distância (ABRAEAD/2008) a dificuldade financeira e falta de tempo são os motivos sempre alegados quando os alunos abandonam sua formação, mascarando dados de outra natureza. Estudando os pilares da educação a distância (EAD) esses motivos tornam-se contraditórios considerando a flexibilidade de local e tempo para estudos e a economia gerada, pois, de uma forma geral os cursos ofertados na modalidade de EAD utilizam-se de grandes escalas de alunos, o que os tornam mais econômicos para quem produz e para quem opta pela modalidade.

METODOLOGIA

O recorte da pesquisa ocorreu no segundo semestre letivo de 2013, em uma Universidade particular do Rio de Janeiro, quando a instituição de ensino superior (IES) completou 6 anos da implantação da Portaria Ministerial 4059 de 2004, que permite a oferta de até 20% da carga-horária dos cursos de graduação, reconhecidos, na modalidade a distância. Esse momento rico de informações na introdução de uma inovação no meio acadêmico permitiu a observação de vários fenômenos dos quais destacam-se a evasão, seus índices comparados com as mesmas disciplinas ofertadas também na modalidade presencial e as possíveis causas que levaram os alunos a se evadirem na modalidade a distância.

A coleta dos dados foi feita por meio de levantamento documental junto ao Data Centro da IES e entrevista estruturada aplicada por telefone aos estudantes evadido.

Os alunos evadidos foram avaliados em dois recortes principais de acordo com modelo descritivo da ABRAEAD (2007) e de estudos exploratórios de autores do tema como Tinto (1975), Coelho (2000) e Maia (2003), a saber:

1 – Recorte descritivo pelo tipo de evasão:

- a) alunos que desistiram apenas das disciplinas na modalidade presencial ou a distância;
- b) alunos que se evadiram da universidade ou transferiram-se de curso;
- c) alunos que se evadiram pelas causas psicológicas, sociológicas, organizacionais, interacionais e econômicas;
- d) alunos que se evadiram por dificuldades encontradas nas especificidades da modalidade a distância.

2 – Recorte em estudo exploratório, que agrupou os entrevistados de acordo com as respostas às questões formuladas sobre:

- a) Interação docente – discente;
- b) Avaliação;
- c) Material didático;
- d) Metodologia;
- e) Tecnologia;
- f) Condições de oferta (encontro presencial aos sábados, encontro presencial fora da unidade de origem);
- g) Interação com discente;
- h) Pessoais (profissional, familiar e financeiro)

DISCUSSÃO

A IES em estudo iniciou suas experiências com a modalidade de Educação a Distância na década de 70, ofertando cursos ainda com a utilização apenas de material impresso e encontros presenciais. Durante a década de 90, desenvolveu o ambiente virtual próprio. Trata-se de um ambiente propício para a educação a distância, inclusão digital e gestão do conhecimento e atende alunos, professores e funcionários da IES. Somente no primeiro semestre de 2007 teve início o processo de implantação da modalidade de estudos a distância no seio acadêmico da IES, por meio da aplicação da Portaria Ministerial 4059/2004.

Objetivou-se com essa medida a criação de uma cultura interna com a referida modalidade, e criar uma maior flexibilidade para os alunos. Para tal, iniciou-se o projeto piloto que contemplou 6 (seis) disciplinas oferecidas de forma opcional, descritas no tabela 1, totalizando 262 alunos.

Tabela 1 : Disciplinas ofertadas na Modalidade de EAD

Disciplina	Alunos Inscritos
Técnicas de Estudo	54
Fundamentos Históricos e Filosóficos da Educação	22
Fundamentos Socio-Políticos da Educação	34
Didática	60
Dinâmica e Organização da Educação Brasileira	55
Psicologia da Educação	37

O público - alvo do projeto - piloto foram os alunos de graduação dos cursos de Licenciatura.

O modelo aplicado foi o da metodologia semipresencial com a disponibilização de material instrucional impresso e para downloads na própria plataforma Virtual e o sistema de tutoria contou, nesse primeiro período com a atuação dos próprios professores-autores do material instrucional. De posse do material as dúvidas de conteúdo eram encaminhadas aos professores-tutores pelos monitores. Esses procuravam saná-las, por meio da organização de chats semanais e debates nos fóruns. Além disso, nos sábados que antecediam as avaliações foram organizados os encontros presenciais com os professores-tutores.

Para o presente estudo foram selecionadas as disciplinas citadas na tabela 1 que tiveram em comum o mesmo docente tanto na modalidade a distância quanto na modalidade presencial, totalizando 75 alunos evadidos.

Tabela 2: Número de inscritos e evadidos das disciplinas nas duas modalidades

Disciplinas	Presencial Nº de alunos Inscritos	Presencial evadidos	%	A distância Nº de alunos Inscritos	A distância evadidos	%
Didática	43	8	18,6	59	22	37,3
Psicologia Da educação	50	6	12	35	14	40
Dinâmica e Organização da Educação Brasileira	63	3	4,76	51	22	43,1
Total	156	17	10,9%	145	58	40%

Os números apresentados respondem à primeira questão norteadora deste estudo, pois, os índices de evasão na modalidade a distância são expressivamente maiores do que na modalidade presencial, 10,9% contra 40% respectivamente, corroborando com as pesquisas feitas até o presente momento.

Quando observamos o recorte descritivo pelo tipo de evasão dos alunos: que se evadiram da universidade, transferiram-se de curso ou evadiram-se também de outras disciplinas, o índice é igual, correspondendo a um total de 11 alunos em ambas as modalidades. Enquanto a desistência apenas em disciplinas na modalidade presencial corresponde a zero, as disciplinas na modalidade a distância correspondem a 12 alunos, o que sugere possíveis entraves a serem analisados.

Os resultados obtidos no estudo exploratório permitiram a consolidação do exposto nas tabelas abaixo, que comparam as modalidades presencial e a distância.

Tabela 3: Causas de evasão na Modalidade a distância

DISCIPLINAS				
CAUSAS	DIDÁTICA	DINÂMICA E ORGANIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO BRASILEIRA	PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO	TOTAL
Interação docente-discente	0	0	0	0
Avaliação	0	1	0	1
Material Didático	0	0	0	0
Metodologia	0	1	3	4
Tecnologia	0			
Condições da oferta	5	2	1	8
Questões Financeiras	0	2	1	3
Outros	3	3	1	7
Total				23

Tabela 4: Causas de evasão na Modalidade presencial

DISCIPLINAS				
CAUSAS	DIDÁTICA	DINÂMICA E ORGANIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO BRASILEIRA	PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO	TOTAL
Interação docente-discente	0	0	0	0
Avaliação	0	0	0	0
Material Didático	0	0	0	0
Metodologia	1	1	1	3
Tecnologia				
Condições da oferta	0	0	0	0
Questões Financeiras	0	0	0	0
Outros	3	1	4	8
total				11

Na modalidade a distância o fator relativo a condição de oferta, entenda-se encontro presencial aos sábados e fora da unidade de origem, e outros, compreendendo aqueles de natureza pessoal, foram apontados como os fatores que favoreceram a decisão para evasão, seja ela da universidade, do curso ou de um conjunto de disciplinas.

Na modalidade presencial os fatores pessoais foram soberanos na decisão pela evasão.

CONCLUSÃO

Embora os resultados ratifiquem as pesquisas quanto ao índice de evasão as razões apontadas são qualitativamente distintas, apontando para as razões de cunho pessoal e relativas a oferta como sendo as predominantes. Concluímos que a pesquisa deve ser repetida a cada semestre letivo para aprofundarmos as razões bem como a análise específica sobre evasão apenas de disciplinas ofertadas a distância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAEAD. Anuário Brasileiro Estatístico de Educação Aberta e a Distância. São Paulo: Instituto Monitor, 2008.

Informação (SOI). In Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação. Rio de Janeiro, v. 11, n. 40: 332-347, jul./dez. 2003.

BRAGA, Mauro Mendes. Perfil sócio econômico dos alunos, repetência e evasão no curso de química da UFMG. São Paulo: NUPES, 1996.

Brasil. Ministério da Educação. Portaria Nº 4.059, DE 10 DE DEZEMBRO DE. Disponível em: <http://www.mec.gov.br>. 2004

COELHO, Maria de Lourdes. A Evasão nos Cursos de Formação Continuada de Professores Universitários na Modalidade de Educação a Distância via Internet. Dissertação (Mestrado em Educação). Escola de Engenharia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2000.

DIAZ, Maria Dolores Montoya. Permanência prolongada na graduação da USP: custos e fatores associados. Tese (Doutorado em economia). Faculdade de Economia e Administração – Universidade de São Paulo, 1996.

GONÇALVES, Ernesto Lima. Evasão no Ensino Universitário: a escola médica em questão. São Paulo. NUPES/USP, documento de trabalho 3,. NUPES. 1997.

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/> Dados da Educação Superior p. 42. Acesso em 28 nov. 2007.

LAKATOS, Eva Maria, MARCONI, M. de Andrade. Metodologia Científica. São Paulo: Atlas, 1989.

LOBO, Roberto Leal et. al. A evasão no Ensino Superior Brasileiro. Cadernos de Pesquisa. Fundação Carlos Chagas: São Paulo, 2007.

LÜDKE, Menga & ANDRÉ, Marli E. D. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1998.

MAIA, Marta de Campos et al. Análise dos Índices de Evasão nos Cursos Superiores a Distância do Brasil. Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. 2004.

TINTO, V. Dropout from Higher Education: A Theoretical Synthesis of Recent Research. Review of Educational Research, Washington, vol. 45, n. 1, p. 89-125, 1975.



www.saojose.br | (21) 3107-8600
Av. Santa Cruz, 580 - Realengo - Rio de Janeiro