



— revista —
INSPIRAR
movimento & saúde

R454

Revista Eletrônica Inspirar [recurso eletrônico] - Curitiba:
Faculdade Inspirar,
2011-

Bimestral, v. 3, n. 3, mai/jun 2011-
ISSN 2175-537X

Modo de acesso: www.inspirar.com.br

1. Saúde - Periódicos.

CDD 610

CDU 614

A REVISTA

A Revista Eletrônica da Inspirar é um periódico de acesso aberto, gratuito e bimestral, destinado à divulgação arbitrada da produção científica na área de Ciências da Saúde, de autores brasileiros e de outros, contribuindo, desta forma, para o crescimento e desenvolvimento da produção científica.

MISSÃO

Publicação de artigos científicos que contribuam para a expansão do conhecimento da área da saúde, baseados em princípios éticos.

OBJETIVO

Propiciar meios de socialização do conhecimento construído, tendo em vista o estímulo à investigação científica e ao debate acadêmico.

CONSELHO EDITORIAL

Alexandre Ricardo Pepe Ambrozini - SP
Alison Alfred Klein - PR
Eliana Portella Carzino - PR
Evelise Guimarães da Silva - SP
Janaina Medeiros de Souza - SC
Karina Brongholi - SC
Lidiane Isabel Filippin - RS
Marcelo Zager - SC
Álvaro Luiz Perseke Wolf - PR
Maria de Fátima Fernandes Sípoli - PR
Maria Aparecida Rapozo Araldi - PR
Nelson Francisco Serrão Junior - SP
Silvio Assis de Oliveira Junior - MS
César Antonio Luchesa - PR
Sibele Melo - PR

EDITORES

Prof. Dr. Esperidião Elias Aquim - PR
Prof. MSc. Marcelo Márcio Xavier - PR

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Prof. Dra. Angélica Lodovico - revistacientifica@inspirar.com.br

EDITORIAÇÃO ELETRÔNICA

Karla Shimene Fortes Couceiro de Araujo - marketing@inspirar.com.br

INFORMAÇÕES PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS

Todo o material a ser publicado deve ser submetido online através do site:
www.inspirar.com.br/revista

I.P. (Informação Publicitária): As informações são de responsabilidade dos anunciantes.

© **Faculdade Inspirar** - Nenhuma parte dessa publicação pode ser reproduzida, arquivada ou distribuída por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia ou outro, sem a permissão escrita do proprietário do copyright Inspirar. O editor não assume qualquer responsabilidade por eventual prejuízo a pessoas ou propriedades ligado à confiabilidade dos produtos, métodos, instruções ou idéias expostas no material publicado. Apesar de todo o material publicitário estar em conformidade com os padrões de ética da saúde, sua inserção na revista não é uma garantia ou endosso da qualidade ou valor do produto ou das asserções de seu fabricante.

SUMÁRIO

EDITORIAL.....	5
Início Precoce da Vida Sexual e Gravidez na Adolescência: Implicações na Educação Formal e Expectativas Futuras dos Adolescentes	6
<i>Premature Beginning Sexual Behavior and Adolescent Pregnancy: Implications in Formal Education and Adolescent Future Expectations</i>	
Ana Silvia Moccellin, Patricia Driusso	
Estudo Epidemiológico dos Distúrbios Ocupacionais Relacionados aos Membros Superiores nos Intérpretes de Surdos.	12
<i>Epidemiologic Study of Occupational Disturbance Related to Deaf People Interpreters' Upper Limbs.</i>	
Eugênio da Silva Lima	
O Uso da Microdermoabrasão no Tratamento do Envelhecimento Facial: Uma Revisão Narrativa.....	18
<i>The use of Microdermoabrasion on the Treatment of Facial Aging: a Narrative Review</i>	
Maria Jane Soutelo Fernandes, Flávia Fernanda de Oliveira Assunção	
Qualidade de Vida e Sexualidade em Pacientes com Traumatismo Raquimedular	24
<i>Quality of Life and Sexuality in Patients with Spinal Cord Injuries</i>	
André Cavalcanti Macêdo, Kattyúcia Cruz Meireles Silva, Tatiane Lima de Araújo Silva	
Análise Da Qualidade De Vida Em Trabalhadores Após Intervenção Ergonômica De Conscientização	32
<i>Analysis Of The Quality Of Life Of Laborers After An Ergonomics Awareness Intervention</i>	
Fabio Ribeiro do Nascimento, Bruna Gabriele Frankowiak, Lanieli Midori Fuji	
Assédio Moral Na Enfermagem: Acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador relatam suas vivências no Exercício profissional enquanto Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	36
<i>Moral Harassment in Nursing: Academic Course of Nursing, Catholic University of Salvador reported on their experiences in professional practice while Technical and Nursing Assistants.</i>	
Viviane Silva de Jesus, Grácia Myrian Leão Motta Fonseca	
Avaliação Qualitativa Do Setor De Fisioterapia Da Irmandade Santa Casa De Misericórdia De São Paulo.....	45
<i>Qualitative Assessment Of The Physiotherapy Service In Irmandade Santa Casa De Misericórdia De São Paulo</i>	
Nilza Aparecida A. Carvalho, Erich Hernani S. L. dos Reis, Juliana R. L. Gonçalves	

EDITORIAL

Novos ares nos Inspiram!

É com alegria que assumo a coordenação editorial da revista Inspirar Movimento & Saúde e junto com ela a meta de fazer da revista uma ferramenta ainda melhor de comunicação entre a comunidade científica. Antecipo que esta meta jamais será alcançada sem a ajuda dos revisores com seus pareceres cuidadosos, do corpo editorial contribuindo para a contínua melhora da política editorial, da equipe de editoração eletrônica mantendo a qualidade gráfica da revista e dos autores que submetem artigos de relevância e qualidade científica.

A inclusão da Revista na coleção “*Scientific Electronic Library Online*”- SciELO é sem dúvida o primeiro passo para alcançarmos a meta de consolidar a nossa Revista na comunidade científica. A SciELO¹ é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros resultado de um projeto de pesquisa da FAPESP² em parceria com a BIREME³ e apoio do CNPq⁴. O Projeto tem por objetivo o desenvolvimento de uma metodologia comum para a preparação, armazenamento, disseminação e avaliação da produção científica em formato eletrônico. Além disso, a SciELO busca a curto prazo aumentar radicalmente a visibilidade, a acessibilidade e a credibilidade nacional e internacional da publicação científica da América Latina e Caribe e a longo prazo contribuir para o aumento do impacto da produção científica nacional.

Para inclusão do nosso periódico à coleção da biblioteca SciELO passaremos por adequações da revista que vão desde a preparação dos artigos até a comprovação da consistência do nosso corpo editorial. Uma difícil trajetória que não pode ser trilhada sozinha. Desta forma, convido todos a participarem com envolvimento nas atividades da Revista Inspirar Movimento & Saúde para juntos atingirmos esta meta que tanto benefício trará para a área de Ciências da saúde.

Boa Leitura!

Profa. Dra. Angélica Lodovico
Coordenação Editorial
revistacientifica@inspirar.com.br

1 Fonte: www.scielo.br

2 Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

3 Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

4 Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Início Precoce da Vida Sexual e Gravidez na Adolescência: Implicações na Educação Formal e Expectativas Futuras dos Adolescentes

Premature Beginning Sexual Behavior and Adolescent Pregnancy: Implications in Formal Education and Adolescent Future Expectations

Ana Silvia Moccellin¹, Patricia Driusso²

RESUMO

Os objetivos do estudo, de caráter qualitativo, foram identificar se o abandono das salas de aula estava relacionado ao início precoce da vida sexual e, analisar a proximidade desses fatores com o nível sócio-econômico e estrutura familiar das adolescentes. MÉTODOS: O estudo incluiu um diagnóstico situacional que foi dividido em duas etapas: identificação e contato com as adolescentes estudantes da 5ª a 8ª séries que abandonaram a escola durante o período de 2007 e 2008; identificação da causa de evasão escolar, por meio de um questionário sobre qualidade de vida e alguns dados pessoais. RESULTADOS: Os resultados mostram que a maioria das adolescentes abandonou os estudos por uma gravidez ou para morar com o namorado e, com relação às expectativas atuais e futuras, a maioria pretende trabalhar fora de casa. CONCLUSÕES: Reestruturar a assistência e atenção à saúde da adolescente torna-se uma questão de promoção de saúde e, paralelamente a esse trabalho de prevenção gestacional, deve-se: propor uma nova metodologia de educação sexual nas escolas e implementar políticas públicas que evitem a evasão escolar dessas adolescentes.

Palavras-chave:

Gravidez, adolescente, evasão escolar, sexualidade, saúde.

ABSTRACT

The aim of the study, qualitative in nature, were to identify whether the abandonment of classrooms was related to early onset of sexual life and to consider the proximity of these factors with the socio-economic level and family structure. METHODS: The study included a situational diagnosis which was divided into two stages: identification and contact with the adolescent students from 5th to 8th grades who left school during the 2007 and 2008, identifying the cause of school dropout through an questionnaire of quality of life and some personal data. RESULTS: The results show that the most of teenagers had left their studies for a pregnancy or to live with the boyfriend and, as for current and future expectations, most want to work out of home. CONCLUSION: Restructuring assistance and health care of the adolescent becomes an issue of health promotion and, in parallel to this work of pregnancy prevention, it needs: to propose a new method of sexual education in schools and to implement public policies to prevent the dropout of adolescents.

Key-words:

Pregnancy, adolescent, student dropouts, sexuality, health.

INTRODUÇÃO

Apesar de todo o desenvolvimento sócio-cultural e tecnológico ocorrido no século XX, as informações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento biopsicossocial e sexual ainda não alcançam de forma ampla e adequada a maioria dos adolescentes. Muitos deles não recebem da família informações que envolvam a saúde e a sexualidade, restringindo-se apenas ao uso de preservativos para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), abordando pouco os aspectos relacionados à puberdade, maturação sexual, conflitos e vivências do crescimento e da sexualidade¹. Dessa forma, os adolescentes

ficam propícios a iniciarem precocemente a vida sexual com poucas informações e com riscos à saúde, podendo ocasionar uma gravidez não planejada.

A gravidez precoce é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade na adolescência, o que pode levar a sérias conseqüências para a vida dos adolescentes envolvidos, de seus filhos que nascerão e de suas famílias. De acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é compreendida entre os 10 e 19 anos de idade e, então, considera-se uma gravidez precoce aquela ocorrida até os 20 anos incompletos².

A mídia possui um papel muito importante em relação à sexualidade na adolescência no sentido da construção da mulher-

1. Ana Silvia Moccellin: Fisioterapeuta especialista em Saúde da Família e Comunidade e Mestre em Fisioterapia pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Paulo.

2. Pro^{fa}. Dr^a. do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Paulo.

Recebido: 31/08/2010

Aceito: 21/06/2011

Autor: Ana Silvia Moccellin

Email: anamoc33@yahoo.com.br

-objeto, por meio de letras musicais, das imagens televisivas e das danças ditas sensuais e eróticas. A mulher torna-se ainda sujeito e objeto de consumo de produtos que primam pela erotização do seu corpo³.

No estudo de Michelazzo et al.⁴, encontrou-se que no período de 1992 a 1996 a proporção de partos entre adolescentes em relação ao total (43.245 partos), foi de 16,6%. Além disso, observaram também um maior aumento percentual em adolescentes de 14 anos (104,2%), que diminuiu gradualmente até os 17 anos (14%).

A incidência de gestação na adolescência acaba sendo mais comum nas classes socioeconômicas menos favorecidas, nas quais pode haver maior abandono, promiscuidade e desconhecimento da fisiologia reprodutiva, como a capacidade de identificação do período fértil^{5,6}. Muitas vezes trata-se de meninas com instabilidade emocional, carência afetiva e fragilidade física e hormonal, que necessitam esconder a gravidez dos pais, não realizam pré-natal adequado e, dessa forma, podem ocorrer problemas como aborto provocado ou espontâneo ou dificuldade na amamentação⁷.

Em contextos fortemente marcados por desigualdades de gênero e classe social, a maternidade se apresenta como fonte de reconhecimento social para as jovens mulheres, desprovidas de projetos educacionais e profissionais⁸. De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde⁹, filhos de mães adolescentes têm maior probabilidade de apresentar baixo peso ao nascer, e, conseqüentemente, maior probabilidade de morte, do que os filhos de mães com 20 anos ou mais. A taxa de prematuridade também é mais alta nesse grupo, aumentando o risco de mortalidade perinatal^{10,11}. Em São Paulo, de cada mil bebês de mães adolescentes, 70 morrem antes de completar um mês¹². Esses riscos se devem, em grande parte, aos fatores biológicos, tais como imaturidade fisiológica e desenvolvimento incompleto da pelve feminina e do útero. E, em muitos casos, devido à dificuldade em desenvolver ligações afetivas com seu filho, somada à imaturidade, baixa auto-estima e ter um filho numa situação conflituosa podem resultar em desvantagens para o desenvolvimento da criança¹³.

Além disso, existe a preocupação social que resulta da mudança de expectativas em relação à juventude, pois se espera que os adolescentes estejam se preparando, por meio de uma maior escolarização, para um melhor ingresso no mercado de trabalho e muitos deles acabam abandonando a escola e os estudos por causa de uma gravidez não planejada. Essa interrupção, temporária ou definitiva, no processo de educação formal acarretará prejuízos na qualidade de vida e nas oportunidades futuras para esses adolescentes^{2,14}. Para os garotos, a paternidade assemelha-se à vida adulta: aumento da responsabilidade, o trabalho torna-se obrigatório e perde-se a liberdade, ou seja, ele se transforma no provedor da sua própria família¹⁵. Um boletim da Sempreviva Organização Feminista¹² aponta que entre as meninas que ficam mais de cinco anos na escola, 5 em cada 100 engravidam antes de completar 19 anos e, entre as meninas sem instrução, a proporção sobe para 17 em cada 100, podendo significar que a escola está ensinando algo sobre corpo, sexualidade e relações afetivas.

Em um estudo com 90 adolescentes gestantes ou puérperas de baixa renda, em São Carlos, o autor encontrou que 91,1% conheciam a pílula anticoncepcional, mas a maioria delas o fazia de modo incorreto, não obedecendo aos horários determinados¹⁰.

Para a adolescente, a gravidez precoce pode marcar e alterar toda a sua vida. E pela perspectiva da comunidade e do

governo, esse fenômeno tem uma forte associação com baixos níveis educacionais e um impacto negativo no seu potencial de ascensão econômica, além das conseqüências emocionais, muitas vezes negativas^{5,11,16}. Esses dados remetem à necessidade de se criarem políticas públicas que visem estimular a inserção desses jovens na vida escolar, valorizar a escola como instrumento de ascensão intelectual e social, bem como evitar a evasão daqueles que já se encontram no processo de educação formal.

Logo, surge a necessidade de se desenvolverem medidas de promoção e prevenção da saúde, valorizando-se a educação sexual do adolescente e investindo no incremento de sua autonomia, para que ele possa se responsabilizar socialmente e decidir sobre a própria vida e sobre questões como prevenção de uma gestação e os recursos a serem utilizados para tal. A associação de educação à melhoria da condição de vida refere-se à articulação entre conhecimentos, atitudes, comportamento e práticas pessoais e coletivas que possam ser compartilhadas por toda a sociedade.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi identificar a relação existente entre o início da vida sexual e evasão escolar, nível sócio-econômico e estrutura familiar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo piloto, de caráter qualitativo, em uma Escola Municipal de Ensino Básico (EMEB) no município de São Carlos/SP. As pesquisas qualitativas, de um modo geral, exigem a realização de entrevistas, quase sempre longas e semi-estruturadas que estimulam os entrevistados a pensarem livremente sobre algum tema, objeto ou conceito. Elas fazem emergir aspectos subjetivos e atingem motivações não explícitas, ou mesmo conscientes, de maneira espontânea. São usadas quando se busca percepções e entendimento sobre a natureza geral de uma questão, abrindo espaço para a interpretação. As informações colhidas nas abordagens qualitativas são analisadas de acordo com o roteiro aplicado e registradas em relatório, destacando opiniões, comentários e frases mais relevantes que surgiram¹⁷.

O município de São Carlos caracteriza-se pela maior oferta de trabalho formal compreendendo os setores de indústria e serviços (76,9%), o que torna sua população, predominantemente, composta por trabalhadores. Além disso, atualmente sabe-se por relatos dos profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família do município, que existe um elevado número de mães adolescentes na cidade, com pouca informação e conhecimento sobre sua sexualidade e sobre a gestação, podendo acarretar prejuízos ao bebê e à sua saúde.

O projeto incluiu um diagnóstico situacional que foi dividido em duas etapas:

- etapa 1: identificação e contato com as adolescentes estudantes da 5ª a 8ª séries que abandonaram a escola durante o período de 2007 e 2008;

- etapa 2: identificação da causa de evasão escolar, por meio de um questionário.

Para a realização da primeira etapa do diagnóstico situacional foi necessário o contato com a Diretora e os professores da EMEB estudada, para que os mesmos fornecessem dados sobre as alunas que pararam de freqüentar a escola no período analisado. Entre as informações fornecidas pela escola, estavam:

- nome e endereço completos das adolescentes;
- telefone para contato;

- ano em que abandonou os estudos e qual série cursava no momento da evasão.

De posse dessas informações foi possível o contato com as adolescentes e, conseqüentemente, foi feito o convite para a participação do estudo, explicando os propósitos do mesmo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. As adolescentes que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, sendo que uma das vias ficou com a voluntária, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Em seguida, para a conclusão da segunda etapa do diagnóstico situacional, foi aplicado um questionário sobre qualidade de vida e alguns dados pessoais, abrangendo questões como:

- idade de início da vida sexual;
 - motivo do abandono aos estudos e série em que ocorreu a evasão escolar;
 - dinâmica familiar (com quem mora, número de cômodos na casa, número de filhos, idade dos pais, maior escolaridade na casa, estado civil na época da evasão e no momento);
 - idade do parceiro;
 - uso de métodos contraceptivos e se utilizou algum na última relação sexual;
 - se recebeu orientações sobre educação sexual e onde as recebeu;
 - se havia a intenção de engravidar;
 - história obstétrica;
 - expectativa em relação à realidade na qual vive e na qual desejaria viver;
 - expectativa de retorno aos estudos;
- O critério de inclusão para a participação do estudo foi ser adolescente com nível de instrução da 5ª a 8ª séries que tenha abandonado os estudos durante os anos de 2007 ou 2008 devido a algum motivo relacionado à sexualidade.

A investigação qualitativa é tipicamente focada na profundidade, em amostras relativamente pequenas. A lógica e o poder da amostragem proposital situam-se em selecionar casos ricos em informação para estudo em profundidade. Casos ricos em informação são aqueles dos quais pode-se apreender muito sobre assuntos de importância central para os propósitos da investigação. Estes casos produzem discernimento e compreensão em profundidade, em vez de generalizações empíricas¹⁸.

A análise dos dados foi realizada a partir da aproximação da abordagem hermenêutica-dialética. De acordo com Minayo¹⁸, a metodologia dialética se traduz numa forma de abordagem crítica que busca: identificar o contexto sócio-histórico dos grupos sociais na visão de cada entrevistado, sistematizar todos os dados recolhidos durante as entrevistas, anotar as observações realizadas e identificar fatos relevantes durante a pesquisa de campo. Dessa forma, a análise dos dados foi realizada através da articulação entre os dados coletados e os referenciais teóricos da pesquisa, para encontrar os fundamentos às questões e objetivos formulados.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar), segundo parecer número 77/2008. Foi assegurado o conhecimento e a concordância dos sujeitos, bem como a confidencialidade das informações e seu direito à recusa em participar deste estudo, sem penalidades ou prejuízos, de acordo com as diretrizes da Res.196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Sujeitos da pesquisa

As voluntárias da pesquisa eram adolescentes que abandonaram os estudos, durante os anos de 2007 e 2008, enquanto cursavam da 5ª à 8ª séries.

Na etapa 1, que caracterizava a identificação e contato com as adolescentes estudantes da 5ª a 8ª séries que abandonaram a escola durante o período de 2007 e 2008, participaram do estudo dezesseis adolescentes. Entretanto, três delas haviam mudado de bairro por motivos pessoais e, por isso, não foi possível a inclusão das mesmas no estudo.

Das treze adolescentes restantes, todas se dispuseram a participar voluntariamente da etapa 2, caracterizada pela aplicação de um questionário para identificar a causa da evasão escolar.

A idade das adolescentes variou de 14 a 17 anos. Em relação à série em que as adolescentes interromperam os estudos, uma estava na 5ª série, quatro na 6ª série, sete na 7ª série e uma na 8ª série.

Abordagem

A abordagem de todos os sujeitos foi realizada na própria residência de cada um, e em todas as situações a entrevistada recebeu a entrevistadora de forma receptiva e atenciosa. Em apenas um caso, houve uma resistência no início da entrevista, provocada em parte, pela presença de um membro da família no mesmo cômodo em que a entrevista estava sendo concedida. Assim, foi proposto à participante que continuasse a entrevista em outro ambiente da casa, para uma maior liberdade para expressão de idéias e menor preocupação com pessoas externas.

Entrevista

Durante a entrevista foram registrados e analisados dados referentes à postura adotada durante a coleta do depoimento, gestos, sinais corporais e mudanças de tom de voz para posterior interpretação da entrevista e compreensão do universo investigado.

Idade de início da vida sexual

A idade de início da vida sexual das adolescentes entrevistadas variou de 12 a 16 anos.

Motivo do abandono aos estudos

Quando perguntado qual o motivo do abandono aos estudos, onze adolescentes responderam que era em função de uma gravidez. As outras duas disseram que havia questões pessoais envolvidas e foram morar com o namorado na época, entretanto, no momento da entrevista, ambas já haviam retornado à casa dos pais.

Dinâmica Familiar

Em relação à dinâmica familiar das adolescentes, três moravam com os pais, filho e namorado/companheiro, duas moravam com o companheiro, filho e sogra, uma morava com os pais e filho, quatro moravam com o companheiro e filho, duas com os pais e uma apenas com o namorado. As idades dos pais das adolescentes variaram de 32 a 37 anos para as mães e de 33 a 41 anos para os pais.

As maiores escolaridades nas casas variaram entre 5ª

série e 3º colegial, porém observou-se que nos casos em que as adolescentes moravam apenas com os pais e/ou filho, a maior escolaridade na casa era representada por elas. Já nos casos em que o namorado/companheiro coabitava junto com a adolescente, a maior escolaridade era representada pelo namorado/companheiro e, dessa forma, em nenhuma das famílias, os pais tinham a maior escolaridade.

Do total das adolescentes, seis estavam solteiras na época da evasão e continuaram nesse estado civil, outras seis consideraram o seu relacionamento como união estável e apenas uma estava casada.

Parceiro

Os parceiros de dez adolescentes tinham idades maiores do que 18 anos, e três tinham 17 anos.

Uso de métodos contraceptivos e se utilizou algum na última relação sexual

Sobre o uso ou não de algum método contraceptivo, oito responderam utilizar preservativo masculino, duas utilizavam anticoncepcional oral (pílula anticoncepcional), uma utilizava anticoncepcional injetável e duas adolescentes relataram não utilizarem métodos contraceptivos. Do total das adolescentes, apenas duas relataram que utilizaram algum método contraceptivo na última relação sexual.

Orientação sobre educação sexual

Quando perguntado às adolescentes se elas receberam alguma orientação sobre educação sexual, a maioria (oito adolescentes) relatou ter tido alguma informação na escola. Poucas relataram orientação pela família ou amigos, e duas afirmaram nunca terem recebido qualquer orientação.

Intenção de engravidar

Dentre as onze adolescentes que engravidaram apenas quatro afirmaram que tinham essa intenção e que, por isso, consideraram a gravidez planejada. As outras sete adolescentes relataram uma gravidez não-planejada.

História obstétrica

As onze adolescentes que engravidaram afirmaram que realizaram o pré-natal em Unidades de Saúde da Família do município. Todas as adolescentes entrevistadas negaram qualquer episódio de aborto.

Expectativa em relação à realidade na qual vive e na qual desejaria viver

Quando perguntado às adolescentes sobre as suas expectativas atuais, quatro desejavam retornar aos estudos, sete trabalhar fora e duas cuidar da casa. Em relação às expectativas futuras, quatro responderam que gostariam de continuar os estudos, três fazer faculdade, cinco trabalhar fora e uma ter filhos. As que gostariam de retornar aos estudos relataram que pretendiam fazê-lo nos próximos dois anos.

DISCUSSÃO

A adolescência é o período de vida a partir do qual surgem as características sexuais secundárias e se desenvolvem processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta. Entretanto, o desenvolvimento psíquico ocorre após o orgânico e, dessa forma, a menina alcança a maturidade orgânica para a reprodução, através dos ciclos ovulatórios,

sem ainda ter amadurecimento emocional para administrá-la¹⁹.

Os estímulos ambientais e da mídia, além do estilo de vida moderno, aumentam as oportunidades para os adolescentes iniciarem e manterem relações sexuais, de forma cada vez mais precoce, podendo deparar-se com situações de risco, como a gravidez não-planejada.

Os resultados revelam que a variação na idade das adolescentes foi de 14 a 17 anos. Todas possuíam uma vida sexual ativa, revelando a vulnerabilidade e exposição à ocorrência de uma gravidez.

Sobre os motivos da evasão escolar, onze das treze adolescentes relataram uma gravidez, e as restantes disseram que foram morar com o namorado para terem maior privacidade. Uma delas explicou que porque estudava à noite precisou abandonar os estudos, pois era o único período em que poderia ficar com o namorado, já que este trabalhava durante o dia. Isso reforça os dados da literatura que apontam o predomínio de gestantes solteiras coabitando com o namorado/companheiro, ou vivendo em comunhão livre^{11,19,20}.

Com relação à escolaridade, o estudo mostrou que 8 adolescentes possuíam, no mínimo, sete anos de estudo, sendo que a média total foi de 6,6 anos, fato que comprova uma recente evasão escolar.

Em um estudo realizado no Brasil com 157 mães adolescentes foi encontrado que a gravidez pode determinar a interrupção do processo formal de educação dos jovens, pois 97% das pesquisadas tinham nove anos ou menos de escolaridade e já se encontravam fora da escola quando do início da gestação²¹. O pai adolescente também sofre as conseqüências de uma gravidez não-planejada, pois ele se vê obrigado a assumir novas responsabilidades e, em muitos casos, acaba abandonando os estudos para trabalhar.

A fecundidade tende a diminuir com o aumento da escolaridade. Este indicador deve ser incorporado pelos gestores de políticas públicas, pois o incremento da educação no país e o incentivo para que os jovens prossigam nos estudos, apresentam reflexos imediatos na saúde sexual e reprodutiva da população jovem.

Os dados obtidos durante as entrevistas com as adolescentes revelam que o contexto familiar tem uma relação direta com a época em que se inicia a atividade sexual. Dessa forma, as adolescentes que iniciaram a vida sexual precocemente ou engravidaram nesse período, vêm de famílias cujas mães também iniciaram a vida sexual precocemente ou engravidaram durante a adolescência. E, quanto mais jovens e imaturos forem os pais, maiores serão as possibilidades de desajustes e desagregação familiar.

Isso nos revela a homogeneidade em termos da origem social das adolescentes e de suas respectivas famílias. O grau de escolaridade é extremamente baixo para a maioria dos pais das entrevistadas: nenhum deles chegou a atingir o segundo grau e poucos completaram o primeiro grau. Esse dado aponta para as dificuldades ou mesmo para a inexistência de diálogos familiares acerca da orientação sexual e também para as limitações próprias do núcleo familiar^{19,22}.

Sobre o uso de métodos contraceptivos pelas adolescentes, os métodos mais utilizados e de maior preferência foram o preservativo masculino e o anticoncepcional oral, e nos casos em que ocorreu uma gravidez, as adolescentes apontaram o mau uso ou falha do método, deixando claro o desconhecimento da forma segura de se prevenir contra uma gravidez não-planejada. Uma das razões que poderia justifi-

car esse comportamento seria a imaturidade psicoemocional, característica da adolescência^{6,19,23}.

Em um estudo de Belo e Silva⁶, verificou-se o conhecimento, atitude e prática em relação ao uso prévio de métodos anticoncepcionais em adolescentes gestantes. Os resultados mostraram significativos avanços na informação disponível e apropriada pelas adolescentes, entretanto, a disponibilidade do conhecimento, de mais serviços e dos próprios métodos para favorecer a mudança de atitude em relação a uma prática de uso eficiente e preventiva não foram suficientes.

Outro estudo, realizado em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Indaiatuba (SP), em 2008, demonstrou baixo conhecimento de adolescentes grávidas sobre anatomia e fisiologia dos órgãos genitais femininos, assim como sobre aspectos fisiológicos da reprodução. Os autores relacionaram esse dado com a maior idade dos parceiros, maior diferença na idade do casal, não manutenção do vínculo com o parceiro após a ocorrência da gravidez, algumas filiações religiosas e a baixa escolaridade das adolescentes²⁴.

Diante de todo esse contexto observa-se o desconhecimento das adolescentes sobre a fisiologia do seu corpo e sobre métodos contraceptivos, além da falta de serviços específicos para o seu atendimento.

Isso reforça a importância do estabelecimento de políticas públicas e programas voltados para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens que englobem a educação, os conceitos e o uso correto dos métodos contraceptivos, visto a necessidade destes de informações e meios de prevenção da gravidez.

Em 1989, devido à inexistência de programas eficazes em relação à saúde reprodutiva, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), abordando questões sobre sexualidade para que a mesma não fosse vista de forma fragmentada, reduzindo-se sua manifestação em genital ou reprodutiva. Entretanto, essa política não tem repercutido em ações efetivas havendo um forte enfoque no processo saúde-doença da criança, esquecendo-se do adolescente, de sua sexualidade e dos aspectos psicológicos dessa fase da vida do indivíduo²⁵.

A escola tem sido apontada como o local mais adequado de preparação dos adolescentes para a vida em sociedade, discutindo temas sobre sexualidade. Porém, em muitas instituições observa-se a preocupação de se trabalhar informações sobre métodos contraceptivos, como o uso da camisinha, mas não se enfoca a auto-estima e outros temas subjetivos. É necessário, além das informações sobre os cuidados com a saúde física, possibilitar o questionamento, a discussão, a reflexão e o estabelecimento de juízo de valores necessários ao pleno desenvolvimento psicossocial.

Uma forma de se conseguir isso é através do uso de metodologias participativas no cenário escolar. No trabalho de Jeolás & Ferrari²⁶, foram realizadas oficinas de prevenção com adolescentes através dessa metodologia propiciando espaços para discussão e reflexão, desfazendo medos e tabus para que os jovens se tornassem sujeitos de sua própria sexualidade, e pudessem refletir sobre a sua autonomia, partindo de suas próprias experiências e dificuldades de optarem por práticas de proteção.

Com essa mesma metodologia, Carvalho et al.²⁷, apresentou a experiência de intervenção em orientação sexual com adolescentes, observando um amadurecimento dos participantes dos grupos, habilitando-os a estabelecerem para si uma maior regulação de sua sexualidade, associada a um maior senso crítico e compreensão de seu contexto sócio-cultural, o que significou

uma reconstrução dos sentidos atribuídos à sexualidade, ao pertencimento de gênero e ao contexto social mais amplo.

CONCLUSÃO

A fim de garantir a saúde individual e coletiva da sociedade, diversas áreas do saber como a medicina, a demografia e a educação devem se articular no sentido não apenas de produzir novos saberes, mas também de regular e administrar a vida sexual da população. Nesse ponto, destaca-se a figura da criança e do adolescente que passam por um período de transformações e riscos e, por isso, tornam-se objetos de uma série de cuidados, atenções e intervenções no sentido de garantir uma transição satisfatória para uma vida adulta que atenda a determinadas expectativas sociais.

A escola, enquanto dispositivo social que atinge um grande contingente de jovens torna-se o local privilegiado para a expansão da educação sexual devendo intervir tanto na vida do corpo e da espécie, na saúde individual e coletiva dos adolescentes, quanto na regulação e organização da população. E o processo de educação sexual deve ser exercido não como domesticação dos indivíduos, mas como uma oportunidade de auto-reflexão, a partir da qual o indivíduo possa se estabelecer como sujeito e exercer uma visão crítica e transformadora sobre sua sexualidade, o que contribuiria para a afirmação dos ideais emancipatórios da humanidade, através do respeito ao outro e às diferentes formas de exercício da sexualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gomes WA, Costa COM, Sobrinho CLN, Santos CAST, Bacelar EB. Nível de Informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes. *J Pediatr (Rio J)*. 2002;78(4):301-8.
2. Cabral CS. Gravidez na adolescência e identidade masculina: repercussões sobre a trajetória escolar e profissional do jovem. *Rev Bras Estud Popul*. 2002;19(2):179-95.
3. Santos CN. Sexualidade na adolescência: analisando práticas de educação em saúde em unidades do município do Rio de Janeiro. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.
4. Michelazzo D, Yazlle EHD, Mendes MC, Patta MC, Rocha JSY, Moura MD. Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso-controle. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004;26(8):633-9.
5. Baraldi ACP, Daud ZP, Almeida AM, Gomes FA, Nakano AMS. Gravidez na adolescência: estudo comparativo das usuárias das maternidades públicas e privadas. *Rev Lat Am Enfermagem* [online]. setembro/outubro 2007 [citado em: 20 de junho de 2011];(15). Disponível em: <<http://ead.eerp.usp.br/rlae/>>.
6. Belo MAV, Silva JLP. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev Saude Publica*. 2004;38(4):479-87.
7. Neto FRGX, Dias MAS, Rocha J, Cunha ICKO. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(3):279-85.
8. Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, Menezes G. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad Saude Publica*. 2003;19(Sup2):377-88.

9. Organização Pan-americana de Saúde. Saúde reprodutiva nas Américas. OPS. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1992.
10. Beretta MIR. Contribuição ao estudo da gravidez na adolescência, na cidade de São Carlos. [Dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo; 1995.
11. Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(1):177-86.
12. Sempreviva Organização Feminista. Boletim Mulher e Saúde. SOF, 1997;(15/16).
13. Vieira MLF, Bicalho GG, Silva JLCP, Filho AAB. Crescimento e desenvolvimento de filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida. *Rev Paulus Ped*. 2007;25(4):343-8.
14. Altmann H. A sexualidade adolescente como foco de investimento político-social. *Educação em Revista*. 2007;46:287-310.
15. Almeida AFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. *Rev Saude Publica*. 2007;41(4):565-72.
16. Sabroza AR, Leal MC, Souza Jr PR, Gama SGN. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001). *Cad Saude Publica*. 2004;20(Sup1):130-7.
17. Demo P. Pesquisa Qualitativa: Busca de equilíbrio entre forma e conteúdo. *Rev Lat Am Enfermagem*. 1998;6(2):89-104.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 9ª edição revista e aprimorada. 2006;406p.
19. Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(7):1421-30.
20. Paraguassú ALCB, Costa COM, Sobrinho CLN, Patel BN, Freitas JT, Araújo FPO. Situação sócio-demográfica e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de adolescentes, Feira de Santana, Bahia, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2005;10(2):373-80.
21. Berlofi LM, Alkmin ELC, Barbieri M, Guazzelli CAF, Araújo FF. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. *Acta Paulus Enf*. 2006;19(2):196-200.
22. Borges ALV, Latorre MRDO, Schor N. Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma Unidade de Saúde da Família da Zona Leste do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(7):1583-94.
23. Vieira LM, Saes SO, Dória AAB, Goldberg TBL. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2006;6(1):135-40.
24. Carvacho IE, Silva JLP, Mello MB. Conhecimento de adolescentes grávidas sobre anatomia e fisiologia da reprodução. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(1):29-35.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde do Adolescente: bases programáticas. Brasília: Secretaria Executiva, Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente; 1996.
26. Jeolás LS, Ferrari RAP. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. *Cien Saude Colet*. 2003;8(2):611-20.
27. Carvalho AM, Rodrigues CS, Medrado KS. Oficinas em sexualidade humana com adolescentes. *J Psicol*. 2005;10(3):377-84.

Estudo Epidemiológico dos Distúrbios Ocupacionais Relacionados aos Membros Superiores nos Intérpretes de Surdos.

Epidemiologic Study of Occupational Disturbance Related to Deaf People Interpreters' Upper Limbs.

Eugênio da Silva Lima¹

RESUMO

O surdo utiliza a Língua de Sinais para sua comunicação, língua essa oficializada no Brasil em 2002. Como mediador do povo surdo com a comunidade ouvinte e devido às novas políticas públicas de inclusão, a profissão de intérprete da língua de sinais tem estado em evidência. Com isso tem-se constatado que esses profissionais utilizam repetitivamente o membro superior e regiões do tronco e quadril no processo de comunicação da língua e muitas vezes sem o devido preparo físico para esta prática, predispondo ao desenvolvimento de problemas músculo esquelético devido à alta repetitividade de movimentos, chamados de lesões por esforços repetitivos. O objetivo deste estudo foi analisar as possíveis causas e fatores dos distúrbios ocupacionais que afetam os profissionais intérpretes de Campo Grande, MS. Sendo estes avaliados através de um questionário específico exame físico na região dos membros superiores, e por fim uma avaliação postural, dinamometria, goniometria e perimetria das estruturas acima referidas. Os resultados revelaram através do teste T-student e do qui-quadrado que os quadros de dores nos membros superiores acometiam principalmente 80% dos que trabalhavam há mais de Dois anos em região de ombro. Estes resultados sugerem que os fatores relacionados aos movimentos repetitivos em conjunto com posturas ergonomicamente incorretas, aumentam os riscos de distúrbios ocupacionais. Devido a esse fato observamos a necessidade de encaminhamentos futuros para se estabelecer protocolos de prevenção ergonômica dentro das instituições onde trabalham os intérpretes a fim de evitar o desenvolvimento de patologias relacionadas ao trabalho repetitivo.

Palavras-chave:

Língua, Sinais, Membros superiores, Distúrbios ocupacionais.

ABSTRACT

The deaf use sign language for their communication, language such official in Brazil in 2002. As mediator of deaf people with hearing community and due to new public politics of inclusion, the profession of interpreter of sign language has been in evidence. With this has been observed that these professionals use the repetitive regions of the upper limb and trunk and hip in the process of language communication and often without proper physical preparation for this practice, predisposing to the development of skeletal problems due to high repeatability movements, called repetitive strain injuries. The aim of this study was to analyze the possible causes and factors of occupational disorders that affect the professional interpreters of Campo Grande, MS. When evaluated through a specific questionnaire on physical examination of the upper region, and finally a postural assessment, dynamometry, goniometry and girth of the aforementioned structures. The results revealed by T-student test and chi-square tables in pain afflict mainly in the upper 80% of those who worked for more than two years in the shoulder region. These results suggest that factors related to repetitive movements in conjunction with ergonomically incorrect posture, increase the risks of occupational disorders. Because of this we see the need for future referrals to establish ergonomic prevention protocols within the institutions they work for the interpreters to avoid the development of diseases related to repetitive work.

Key words:

Language, Sign, Upper limbs, Occupational disturbance.

INTRODUÇÃO

Segundo o IBGE (2000), atualmente cerca de vinte e quatro milhões de pessoas são portadoras de algum tipo de deficiência, representando 14% da população; desse total cerca de 5,7 milhões são portadoras de deficiência auditiva. Essa população

convive no meio social com uma comunicação livre conhecida como Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS (LIRA, 2000).

E para isso a presença de um profissional que intermedie essa comunicação entre ouvintes e surdos se faz necessário e esse profissional é o intérprete de LIBRAS (CAMPOS, 1996). Este tem ganhado espaço e vem sendo atuante em todas as

1. Graduado em Fisioterapia pela Universidade Para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal – UNIDERP – Campo Grande/MS. Bacharel em Fisioterapia pela Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal - UNIDERP/ANHANGUERA - Campo Grande/MS. Licenciado em Biologia pelo Instituto Superior do Litoral do Paraná - ISULPAR - Paranaguá/PR e Especialista em Libras/Língua Portuguesa: Educação Bilingue para Surdo pelo Instituto Paranaense de Ensino - IPE - Curitiba/PR.

Recebido: 07/2010

Aceito: 09/2010

Autor para correspondência: Eugênio da Silva Lima

E-mail: eugeniosilvalima@yahoo.com.br

frentes de trabalho (FAMULARO, 1999).

No Brasil em função da implantação das políticas públicas de inclusão que promovem a inserção dos surdos em escolas nos diferentes níveis de ensino, empresas e em outros setores, observou-se a necessidade desse profissional na vida social do surdo promovendo assim a interação com a comunidade ouvinte (LACERDA, 1998).

O Ministério da Educação e Cultura (MEC, 2003), conceitua o intérprete ou tradutor como sendo a pessoa que traduz de um língua para outra. Tecnicamente, tradução refere-se ao processo envolvendo pelo menos uma língua escrita. Assim, tradutor é aquele que traduz um texto certo de uma língua para a outra.

O Intérprete de Libras tem a competência para realizar a interpretação das duas línguas de maneira simultânea ou consecutiva e proficiência em tradução e interpretação de LIBRAS e Língua Portuguesa, conforme a regulamentação da profissão pela lei nº 12.319/10.

Esse profissional está completamente envolvido na interação comunicativa social e cultural com poder completo para influenciar o objeto e o produto da interpretação. Ele processa a informação dada na língua fonte e faz escolhas lexicais, estruturais, semânticas e pragmáticas na língua alvo que devem se aproximar o mais apropriadamente possível da informação dada na língua fonte (BRASIL, MEC, 2003)

A “ferramenta de trabalho” desse profissional para o desenvolvimento dessa língua envolve diferentes estruturas corporais como: ombro, braço, cotovelo, antebraço, punho, mãos, dedos, tronco e quadril.

Dessa forma é necessário que essas estruturas referidas estejam biomecanicamente corretas para um melhor desempenho durante a sinalização (CAMPOS et al., 1996; STEDT, 1989).

Em função da intensa utilização das estruturas supracitada anteriormente nessa língua, podem-se desenvolver alterações no sistema musculoesquelético, devido ao uso repetitivo da sinalização, conhecido como distúrbios ocupacionais (SCHEUERLE, 2000).

Esse distúrbio não se relaciona somente com os profissionais intérpretes, mas, toda e qualquer atividade manual que exija períodos prolongados de repetição que possa desencadear as lesões por esforços repetitivos (LER).

ALER constitui problemas relacionados às patologias do trabalho e se configura como um fenômeno universal de grandes proporções e em franco crescimento. É considerada causadora de grandes distúrbios em alguns centros urbanos, com prejuízos generalizados para pessoas, organizações, Previdência Social e sociedade (MENDES, 1995).

Segundo normas técnicas sobre LER do INSS (1993), é uma terminologia usada para determinar as afecções que podem acometer tendões, sinóvias, músculos, nervos, fascias, ligamentos, de forma isolada ou associada, com ou sem degeneração dos tecidos, atingindo principalmente os membros superiores, região escapular e pescoço, de origem ocupacional, decorrente de forma combinada ou não do uso repetido de grupos musculares e da manutenção de postura inadequada (ZILLI, 2002).

Outros autores definem como disfunções que se manifestam clinicamente através de sintomas, tais como, fadiga, sensação de peso e queimação, que aparentemente decorrem de desajuste entre a exposição a uma demanda física e a capacidade individualmente do organismo a uma reação (GIL et al., 1999, SANTOS e BARRETO, 2001).

A literatura relata que em virtude da alta repetitividade de movimentos, o uso de força excessiva e as posturas extremas e incorretas favorecem o aparecimento de conjunto de lesões e disfunções que acometem os membros superiores (BERTONCELLO et al., 1999; LÉO e GIL, 2001)

As lesões por esforços repetitivos também estão associadas a sintomas psicológicos e um baixo nível de controle ergonômico no trabalho, contribuindo para que fatores biomecânicos interfiram para o aparecimento dessa patologia (FEUERSTEIN e FITZGERALD, 1992; LECLERC et al., 2004).

A profissão de intérprete de língua de sinais tem sido identificada como risco para o surgimento de problemas relacionados ao trabalho em função da forma como essa comunicação manual exige uma função única de diferentes estruturas corporais, com isso os movimentos repetitivos de mão, punhos e braços são intensos podendo desencadear transtornos biomecânicos (PODHORODECKI e SPIELHOLZ, 1993; STEDT, 1992).

Até a presente data nas revisões de literatura que abordam essa temática encontramos estudos escassos para identificar as possíveis causas de doenças ocupacionais nos intérpretes, pouco se sabe a respeito das complicações e queixas que a língua de sinais realizados por esses profissionais pode causar em relação a doenças ocupacionais.

Porém a idéia que se tem é que as interpretações prolongadas sem um período de descanso também levam a um risco de lesões nos membros superiores (FEUERSTEIN e FITZGERALD, 1992; MEALS et al., 1998).

Em função da língua de sinais ser desenvolvida através dos movimentos dos membros superiores COHN et al., (1990) relata ser imprescindível à investigação da presença de distúrbios ocupacionais relacionado aos membros superiores e outras regiões do corpo dos intérpretes de língua de sinais a fim de apresentar informações e estimular a prevenção de doenças ou lesões causadas por diversos fatores (COHN et al., 1990; DECARO et al., 1992).

Contudo, a importância da implantação de estratégias para redução de risco de doenças ocupacionais torna-se necessário, assim como cita SCHEUERLE (2000) programas de atividades físicas direcionadas aos interpretes tem diminuído os riscos para as complicações musculoesqueléticas como relatadas nas literaturas americanas assim sendo realizado nas próximas pesquisas que estão sendo encaminhadas.

Faz-se necessário um estudo epidemiológico dos distúrbios ocupacionais nestes profissionais na cidade de Campo Grande, MS, objetivando constatar possíveis alterações nos membros superiores e a melhoria na qualidade de vida profissional dos interpretes de língua de sinais.

METODOLOGIA

A população previamente estudada foram 30 intérpretes de Campo Grande – MS, escolhidos aleatoriamente em diversas instituições públicas e privadas especializadas no trabalho com o surdo, sendo de ambos os sexos na faixa etária entre 20 e 47 anos. Entretanto cinco não atenderam as necessidades e foram encaixados no critério de exclusão, depois de explicado os objetivos do estudo todos assinaram um termo de consentimento informado. Para a coleta dos dados foi elaborado um questionário constando dados pessoais e perguntas objetivas sobre suas atividades de vida diária e Profissional (tempo de

profissão, dia e horas trabalhados).

Após a aplicação do questionário procedeu-se o exame físico que constava de goniometria da articulação do ombro, cotovelo e punho, perimetria de braço, antebraço e dedos, dinamometria de ambos os lados e teste de força muscular e posteriormente coletado imagens através de câmera fotográfica (Benq®, Taiwan, China) dos principais sinais que causam desconfortos nos intérpretes.

Foram explicados os objetivos do estudo para os voluntários e a seguir os que concordaram assinaram um termo de consentimento informado, como critério de exclusão foi estipulado que os voluntários não deveriam estar em tratamento médico, ter sofrido traumas ou lesões nos membros superiores, ou que sejam digitadores, pintores ou costureiras e que trabalhem num período inferior a 5 horas diárias. A pesquisa foi realizada no período de 22/08/2005 à 29/08/2005 em diversas instituições publicas e privadas (Escola Municipal Arlindo Lima, Centro Apoio ao Deficiente da Audiocomunicação – CEADA, Primeira Igreja Batista de Campo Grande, Centro de apoio ao Surdo – CAS, Escola Estadual Vespasiano Martins, Escola Municipal Bernardo Franco Baís) de Campo Grande, MS.

Na realização do exame físico com goniometria (CARCI, São Paulo, Brasil), foram realizados mensurações da amplitude articular do ombro, braço, cotovelo, antebraço e punho de ambos os lados estando os indivíduos em posição ortostática, com o goniômetro colocado de forma que permitisse a máxima angulação da amplitude do voluntário. A seguir foi realizado o mesmo processo para mensuração com fita métrica da circunferência muscular de membro superior (braço, antebraço, mão, cinco e quatro dedos) utilizando a distância de sete centímetros. Para a verificação da força de preensão palmar utilizamos o Dinamômetro Isométrico (JAMAR®, Nova York, E.U.A) onde os participantes permaneceram sentados em uma cadeira com encosto, com o braço junto ao corpo e cotovelo na angulação de 90°. O teste foi realizado 3 vezes em ambos os membros superiores sendo feita à média final das três avaliações.

Em seguida procedeu-se à avaliação postural de membro superior sendo realizada com o participante em posição ortostática em vista ântero-posterior, postero-ânterior e de perfil observando a presença ou não de assimetrias de ombros, escapulas e ângulo de Tales. Também foi realizado teste muscular manual de Kendall et al., (1974), para verificação e comparação de alterações quanto à força nos membros superiores dos intérpretes, este teste foi realizado com o paciente sentado sendo aplicada sobre cada musculatura específica e em ambos os membros superiores.

Objetivando uma melhor identificação dos sinais que causam desconforto a essa população foi solicitado ao voluntário que permanecesse em posição ortostática e reproduzisse o (os) sinal (is) na língua de sinais que causasse algum tipo de desconforto, sendo este em seguida captado por câmera fotográfica.

Os dados colhidos foram dispostos em tabelas e enviados para análise estatística. Para tratamento estatístico foi utilizados o teste qui-quadrado e o T-student independent e o programa estatístico eleito foi o Sigmastat versão 2.0.

RESULTADOS

Os resultados deste estudo mostram que dos 30 intérpretes que foram voluntários somente 25 participaram sendo que 5 foram excluídos da pesquisa, pois, não atenderam as necessidades estipuladas para o prosseguimento da pesquisa.

A idade dos participantes variou entre 20 e 47 anos, sendo a média de 29,48±6,29 anos. Em relação ao sexo, 80% (n=20) dos entrevistados eram do sexo feminino e 20% (n=5) eram do sexo masculino.

Quando questionados quanto ao tempo de profissão em anos a média foi de 5,5 anos de atuação como intérprete. Em relação à carga horária média de 7,12±2,26 horas por dia.

Com relação a pratica de atividade física apenas 36% (n=9) praticavam regularmente sendo que 3,56±1,51 praticavam 1 vez por semana, e o restante cerca de 64% (n=16) não praticavam nenhum tipo de atividade física.

Ao analisarmos o lado dominante do intérprete, verificamos que dos 25 entrevistados apenas 1 era canhoto e os demais destros e utilizavam sua própria dominância para datilologia. Apenas 1 intérprete já havia realizado uma tenorrafia no membro superior direito, especificamente no túnel do carpo devido alta repetitividade de movimentos.

A pesquisa revelou que 36% (n=9) já foram submetidos a tratamento fisioterapeutico desses apenas 15% (n=3) foram para os membros superiores, onde no tratamento fisioterapeutico visou à redução do quadro álgico e melhora da força muscular dos membros superiores.

Em relação ao quadro álgico nos membros superiores 80% (n=20) referiram dor, sendo que 65% (n=13) destes apresentavam dor localizada no ombro como mostra a figura 1, onde também é representado o valor percentual para outros segmentos corporais do membro superior que na avaliação dos dados apresentou empate.

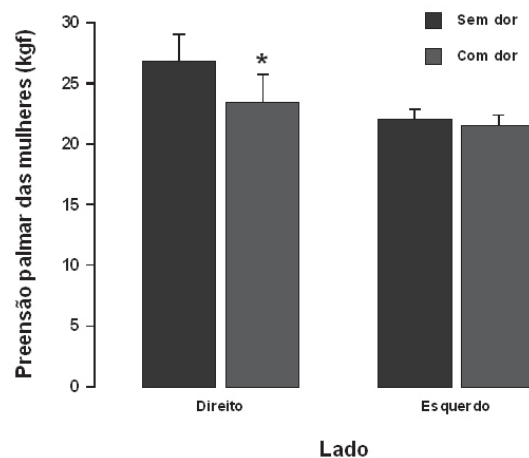


Figura 1: Gráfico mostrando a distribuição dos principais locais de dor relatados por intérpretes com quadro álgico. As colunas representam valores percentuais para cada segmento do corpo.

Os 20% (n=5) que não apresentaram quadro álgico nos membros superiores eram do sexo feminino e isso tem grande significância em relação à dinamometria para as mulheres com dor e sem dor.

Quanto ao tipo de dor cerca de 40% (n=8) dos intérpretes relataram ser esta do tipo queimação, 30% (n=6) latejante, 25% (n=5) ardência e 15% (n=3) pontada, sendo que uma grande parcela relatou intensidade leve 55% (n=11), 35% (n=7) relataram dor moderada e apenas 10% (n=2) apresentavam dor do tipo forte. Os resultados quanto ao horário de acentuação do quadro álgico após vários períodos de interpretação foi relatado pelos intérpretes em 70% (n=14) como sendo no período noturno, e os

demais foram 15% (n=3) no período vespertino, 10% (n=2) no período matutino e 5% (n=1) relataram ser em períodos variados.

Questionamos sobre o caráter da dor sendo que esta foi considerada por 80% (n=16) dos intérpretes como intermitente e 20% (n=4) relataram dor constante. Em relação a afastamentos do trabalho apenas 12% (n=3) dos entrevistados haviam sido afastados do trabalho por lesão grave em ambos os membros superiores devido a estresse físico ou síndromes miofaciais que proporcionariam o aparecimento de LER. Dos 25 entrevistados apenas 40% (n=10) relataram realizar sinal na língua de sinais e que durante ou após a realização causaram desconforto, sendo o sinal de “mundo” (representado na figura 2) relatado por 20% (n=5) dos intérpretes.



Figura 2: Representando o sinal de “mundo”, sinal este que é relatado por 20% dos intérpretes como o que provoca maior desconforto.

Cerca de 15% (n=3) relataram que o sinal que representa a letra “E” (apresentado na figura 3) é o que causa maior desconforto para sinalizá-lo, e os sinais representando letra “X”, “E” e “G” foram apresentados apenas por 1% dos intérpretes.



Figura 3: Representando a letra “M”, relatado por 15% dos intérpretes como causa de maior desconforto, observe que o intérprete não realiza o sinal completo por ocorrer dor na flexão total de punho.

O fator desencadeante de dor em 90% (n=18) relacionasse com o ato de sinalizar e apenas 10% (n=2) relataram que qualquer outro tipo de esforço desencadeava dor nos membros superiores. A elevação do ombro acima de 90° de amplitude 65% (n=13) era o fator de exacerbação do quadro algico nos membros superiores e 30% (n=5) eram por posturas incorretas durante a sinalização.

Dos entrevistados, 40% (n=8) relataram que o quadro algico nos membros superiores interfere nas suas atividades de

vida diária e profissional

No exame físico, 76% (n=19) apresentavam posicionamento normal do ombro, 24% (n=16) apresentavam assimetria de ombro à direita e dor à esquerda, e apenas 2 participantes apresentavam ângulo de Tales menor à esquerda e escápula alada., Sendo observado em postura ortostática em perfil, ântero-posterior e postero-ânterior.

Na avaliação com dinamometria, a preensão palmar média para indivíduos do sexo masculino foi de 33,0□7,0 Kgf e 30,6□6,3 Kgf para os lados direito e esquerdo, nas pessoas do sexo feminino a preensão média foi de 22,0□3,9 Kgf e 23,2□4,4 Kgf para os lados direito e esquerdo respectivamente, permitindo concluir que não existe diferenças nos dados colhidos quanto à força de preensão.

Devido à grande quantidade de participantes do sexo feminino 80% (n=20), o teste T-Student revelou na avaliação com dinamômetro que a preensão palmar do lado direito das mulheres que relataram dor (22,0□0,9), foi significativamente menor do que das mulheres que não sentiam dor (26,8□3,9; p=0,03). Já para o lado esquerdo não houve diferença significativa entre as que sentiam dor (22,0□,9) e as que não relataram dor (21,5□0,9; p<0,05). Estes dados estão representados na figura 4 em comparação de ambos os membros superiores.

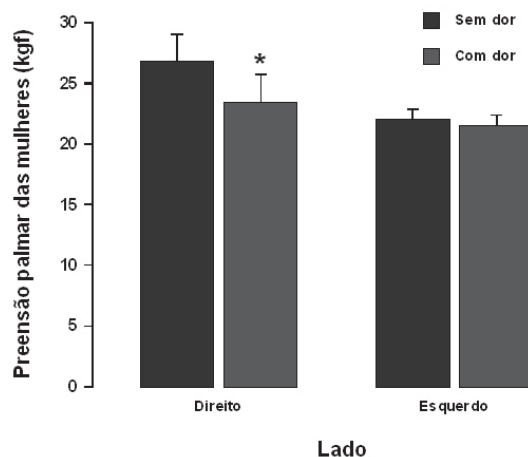


Figura 4: Gráfico ilustrando os resultados do exame de dinamometria da preensão palmar entre mulheres com e sem quadro algico, tanto para o lado direito como para o lado esquerdo. As colunas representam os valores médios e as barras o erro padrão da média da preensão palmar em kgf. * Diferença significativa (p<0,05) em relação às mulheres sem quadro algico, para o mesmo lado.

Em relação à goniometria, a amplitude de movimento das articulações dos membros superiores avaliadas estava dentro dos padrões de normalidade em todos os examinados, corroborando com a literatura (CIPRIANO, 1999) que descreve os padrões normais para amplitude articular de membros superiores. O resultado obtido em relação à perimetria não demonstrou haver diferença significativa quando comparado em ambos os membros superiores o que mostra que a circunferência muscular de ambos os lados tanto ombro, braço, antebraço, cinco dedos e quatro dedos se mantiveram na sua normalidade.

Durante a avaliação da força muscular dos membros superiores (ombro, braço, antebraço, cotovelo, punho e dedos) todos os avaliados apresentavam grau 5 para força muscular, ou seja, segundo Daniels e Worthinghan (1986) completam

todo arco de movimento vencendo a gravidade e a resistência imposta pelo examinador.

DISCUSSÃO

O presente trabalho avaliou a população de intérpretes de pessoas surdas na cidade de Campo Grande, MS, observando as possíveis causas de doenças ocupacionais que acometam essa população, utilizando como método de análise da avaliação física incluindo goniometria, dinâmometria, perimetria e avaliação postural.

Foi aplicado um questionário específico para coleta dos dados, sendo este considerado válido para identificação dos problemas que afetam os intérpretes, já que representam dados fidedignos relatados pelos avaliados e corroboram com outros dados coletados por outras literaturas.

Todos os participantes da pesquisa exercem a profissão de intérprete em determinadas instituições, seja ela escola, universidade, empresas por mais de dois anos corroborando com os demais autores que relatam a incidência de LER a partir de dois anos de trabalho (GIL et al., 1999).

De acordo com os dados obtidos verificamos que as intérpretes do sexo feminino podem desenvolver doenças ocupacionais, corroborando assim com outros autores que também consideram o fato de que profissionais intérpretes do sexo feminino são em maior quantidade em determinadas regiões também com propensão a desenvolver distúrbios ocupacionais (SCHEUERLE, 2000; FEUERSTEIN e FITZGERALD, 1992; PODHORODECKI e SPIELHOZ, 1993; STEDT, 1992; SMITH et al., 2000).

Pela quantidade escassa de profissionais do sexo masculino avaliado fica restrita a afirmação de que esse público tenha susceptibilidade para o desenvolvimento de distúrbios ocupacionais o que exige uma pesquisa mais aprofundada com esses indivíduos.

A faixa etária da população foi uma variável considerada em nosso estudo, pois, importantes causas de distúrbios ocupacionais são detectadas de acordo com a idade, observa-se que a idade entre 20 e 47 anos ocorre um declínio no sistema fisiológico o que contribui para maus ajustes posturais acentuando-se a tendência de doenças ocupacionais, sendo que a literatura relata que idade entre 25 e 45 são fatores para o surgimento de distúrbios ocupacionais (LECLERC et al., 2004; STEDT, 1992; REIS et al., 2000).

Corroborando com um relato da literatura nossos resultados foram significantes em relação à prática de exercícios regulares, onde são relatados como fator de melhora do stress e fadiga pelos intérpretes, mas infelizmente a prática não regular se mostra ineficaz entre essa população o que promove o surgimento de fatores para distúrbios ocupacionais (SCHEUERLE, 2000).

Continuando a análise, em relação à dominância foi constatada preferência pelo lado direito e também ressalta a existência de maiores casos de lesões por esforços repetitivos, onde na literatura esses dados são escassos, até o presente momento.

Outra variável investigada em nossos estudos foi à realização de intervenção cirúrgica nos membros superiores o que mostrou apenas uma tenorrafia do túnel do carpo. A literatura relata ser comum na prática clínica cirurgias que envolvam o

canal do túnel do carpo em consequência da descarga maior de movimentos repetitivos nessa região (STEDT, 1989; STEDT, 1992).

Ao questionarmos sobre tratamento fisioterapêutico realizado pelos intérpretes em virtude da LER nossos resultados demonstraram que quando realizado o tratamento nos membros superiores apenas 15% (n=13) foram executados simplesmente com o objetivo de reduzir quadro algico e ganhar força (DECARO et al., 1992).

Face exposto, em nosso estudo que o quadro algico é uma das principais causas de doenças ocupacionais, cerca de 80% da população avaliada. Corroborando com a literatura de que a causa primária para o surgimento de distúrbios ocupacionais é o quadro algico juntamente com o fator psicológico (LECLERC et al., 2004).

Em contrapartida, autores revelam que os intérpretes trabalham a mais de um ano na profissão sem ter um cuidado específico para o surgimento dos distúrbios ocupacionais sem levar em consideração as causas futuras que isso pode acarretar no seu sistema musculoesquelético (STEDT, 1989; DECARO et al., 1992).

Causas essas que levam a exacerbação do quadro algico durante ou após a sinalização, onde na maioria dos casos são acentuadas no período noturno, com quadro de dor latejante e intermitente. A literatura relata que a dormência e a fadiga são citados pelos intérpretes como um fator desencadeante da LER e até mesmo lesões nos tecidos moles são causas dessa patologia (FEUERSTEIN e FITZGERALD, 1992; LECLERC et al., 2004).

As elevações constantes do ombro acima de 90° associado a posturas inadequadas por longos períodos foram relatadas por 65% (n=13) e 30% (n=5) respectivamente, como uma agravante dos fatores de risco para o surgimento dos distúrbios ocupacionais durante a interpretação (sinalização) tornando difícil a correção a menos que as instituições estipulem ou elaborem programas de prevenção ergonômica (DECARO et al., 1992; SMITH et al., 2000).

O exame físico dos intérpretes 76% (n=19) apresentou posicionamento normal de ombro, sendo esta amostra compatível com os parâmetros de normalidade, mas a literatura revela que esses quadros podem se agravar devido a excessos de interpretações como possíveis assimetrias do ombro, hipertrofia de determinadas musculaturas, retesamento de nervos especificamente do túnel do carpo, pelo uso excessivo das articulações gleno-umeral e principalmente radio-carpal (LECLERC et al., 2004; STEDT, 1992; REIS et al., 2000).

Devido à abordagem pioneira de nosso experimento no país, os dados contidos na literatura são escassos e fragmentados, o que mostra a relevância de nossos ensaios.

Ao mensurarmos a força de preensão palmar através de dinamômetro isométrico, observou normalidade tanto para homens e mulheres e um déficit na força de preensão palmar relacionado ao lado dominante.

Nossos resultados mostraram que a perda significativa de força de preensão palmar nas mulheres que relataram quadro algico foi menor naquelas que não sentiam sintomas algicos (p=0,03), isto ocorre por existir um significativo número de mulheres intérpretes e onde observa os fatores de risco para problemas ocupacionais.

Ao serem avaliados a amplitude articular, os resultados revelam não haver alterações significativas dos parâmetros de normalidade, corroborando com a literatura de Cipriano et al.,

(1999). E a mensuração da circunferência muscular com distância de 7 centímetros demonstraram estar de acordo com os parâmetros de normalidade.

Sendo assim, entendemos que a verificação dos fatores e causas que contribuem para os distúrbios ocupacionais nos intérpretes torna-se imprescindível tendo em vista os dados escassos sobre essa população até o momento, pois, verificamos que esse exercício profissional torna-os susceptíveis a lesões por esforços repetitivos.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo mostram que os distúrbios ocupacionais relacionados aos membros superiores dos intérpretes estão associados a um conjunto de movimentos repetitivos e posturas ergonomicamente incorretas.

Além disso, o excesso de interpretações diárias sem intervalos para repouso dos interpretes favorecem o aparecimento de lesões por esforços repetitivos.

Com os resultados desse estudo pretendemos mostrar aos profissionais intérpretes a necessidade de conhecer os fatores risco profissional e a importância da prevenção destes evitando assim o aparecimento de LER e propor encaminhamentos futuros para programas de Fisioterapia preventiva na questão ergonômica dentro das instituições, evitando que os intérpretes se afastem, ou seja, dispensados do trabalho por afecções relacionadas ao trabalho.

REFERÊNCIAS

BERTONCELLO, D et al. Importância da Intervenção Preventiva da Fisioterapia na Readequação Ergonômica e Análise Biomecânica de um Posto de Trabalho. *Revista Fisioterapia em Movimento*, v. 11, n. 02, p. 89-96, out/mar, 1999.

BRASIL, Ministério da Educação e Cultura – Secretaria de Educação Especial. QUADROS, R. M. O tradutor e intérprete de Língua de Sinais e Língua Portuguesa. Programa Nacional de Apoio à Educação de Surdos – Brasília : MEC; SEESP, 2003.

BRASIL, Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: Adaptações Curriculares / Secretaria de Educação Fundamental. Secretaria de Educação Especial. – Brasília: MEC/ SEF/ SEESP, 1999.

CAMPOS, M,B., COSTA, A.C. da Rocha; STUMPF, M.R. Sistema de Representação Interna e Externa das Línguas de Sinais. II Congreso Iberoamericano de Comunicación Alternativa y Aumentativa, Viña del Mar, Chile, Nov. 1996.

COHN, L; LOWRY, R; HART, S. Overuse Syndromes of the Upper Extremity in Interpreters for the Deaf. *United States. Journal Hand Surgery*. 1990, v. 13, p.207-209.

DECARO J, J; FEUERSTEIN M; HURWITZ T, A. Cumulative Trauma Disorders Among Educational Interpreters. Contributing Factors and Intervention. *America Annals Deaf*, United States, v. 137, n. 3, p. 288-292, jul, 1992.

CASA CIVIL, GOVERNO FEDERAL. Brasília, 2010. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12319.htm Acesso em: 10 out. 2010

FAMULARO, R. Intervención del intérprete de lengua de señas/ lengua oral en el contrato pedagógico de la integración,

1999. Porto Alegre: Ed. Mediação.

FEUERSTEIN M; FITZGERALD T. Biomechanical Factors Affecting Upper Extremity Cumulative Trauma Disorders in Sign Language Interpreters. *Journal of Occupational Medicine*, United States, v. 34, n. 03, p.257-264, mar, 1992.

GIL COURY, H, J, C et al. Indivíduos Portadores de L.E.R Acometidos há 5 anos ou mais: um Estudo da Evolução da Lesão. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 3, n. 2, p. 79-86, 1999.

LACERDA, C,B.,F. Um pouco da história das diferentes abordagens na educação dos surdos. *Caderno CEDES*, Set 1998, vol.19, no.46, p.68-80.

LECLERC, A. et al. Incidence of Shoulder Pain in Repetitive Work. *Occupational Environmental Medical*, Saint-Maurice, 2004; 61; 39-44.

LÉO, J, A. COURY, H.J.C.G. Influência de Tarefas Manuais e Mecanizadas na Amplitude dos Movimentos do Punho e Antebraço. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 5, n. 1, p. 41-47, 2001.

LIRA, G, A. O impacto da tecnologia na educação e inclusão social da pessoa portadora de deficiência auditiva. *Boletins Técnicos do SENAC*, São Paulo, v. 29, n. 03, p.1-10, Set/Dez, 2003.

LIMA, A.M.E., et al. LER/DORT – Lesões por Esforços Repetitivos, Dimensões Ergonômicas e Psicossociais. Belo Horizonte: Ed. Health, 1997.

MENDES, R., *Patologia do Trabalho*. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 1995.

MEALS R, PAYNE W, GAINES R. Functional Demands and consequences of Manual Communication. *Journal Hand Surgery*, United States. 1998, v 13A, p.686-691.

PODHORODECKI, A, D; SPIELHOLZ, N, I. Electromyography Study of Overuse Syndromes in Sign Language Interpreters. *Archives Physical Medicals Rehabilitation*. New York, v. 74, p. 261-262, mar, 1993.

REIS, J, R et al. Perfil da Demanda atendida em Ambulatório de Doenças Profissionais e a Presença de Lesões por Esforços Repetitivos. *Revista de Saúde Pública*, Universidade de São Paulo, v. 34, n. 03, p. 292-298, jun 2000.

RIBEIRO, H. Lesões por Esforços Repetitivos (LER): uma doença emblemática. *Caderno de Saúde Publica*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 85-93, 1997.

RIO, R. P. do e cols. LER (Lesões por Esforços Repetitivos) Ciência e Lei. 1ª Edição. Belo Horizonte: Ed. Health, 1998.

SANTOS FILHO, S,B; BARRETO, S,M. Atividade Ocupacional e Prevalência de dor Osteomuscular em Cirurgiões-Dentistas de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: Contribuição ao debate sobre os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, p. 181-193, jan/fev, 2001.

SCHEUERLE, J. Work-Related Cumulative Trauma Disorders and Interpreters for the Deaf. *Applied Occupational and Environmental Hygiene*, Florida, v. 15, p. 429-434. 2000.

SMITH, S, M; KRESS, T, A; HART, W, M. Hand/Wrist Disorders Among sign Language Communicator. *America Annals Deaf*, United States, v. 145, p. 22-25, mar, 2000.

STEDT, J,D. Interpreter's Wrist. Repetitive Stress Injury and Carpal Tunnel Syndrome in sign Language Interpreters. *America Annals Deaf*. United States, v. 137, p. 40-43, mar, 1992.

ZILLI, Cynthia M. Manual de cinesioterapia/ginástica laboral: uma tarefa interdisciplinar com ação multifatorial. São Paulo: Ed. Lovise, 2002. 99p.

O Uso da Microdermoabrasão no Tratamento do Envelhecimento Facial: Uma Revisão Narrativa

The use of Microdermoabrasion on the Treatment of Facial Aging: a Narrative Review

Maria Jane Soutelo Fernandes¹, Flávia Fernanda de Oliveira Assunção¹

RESUMO

O processo de envelhecimento ainda não possui uma causa definida que explique a natureza dessas alterações no organismo. A pele é o órgão do corpo humano que mais reflete estas alterações. As principais modificações cutâneas observadas são as rugas, pele seca, manchas, perda de luminosidade e ptose tissular. Para isso existem diversas formas de tratamento com o objetivo de eliminar ou amenizar essas alterações, entre elas o microdermoabrasão, que é uma técnica não cirúrgica de esfoliação da pele indicada no envelhecimento na qual é feita uma aplicação direta sobre a pele em que micro cristais de óxido de alumínio são jateados pela pressão positiva e sugados por uma pressão negativa. Este trabalho tem como objetivo avaliar os resultados obtidos com a utilização do microdermoabrasão no envelhecimento a partir de uma revisão de material científico já publicado. Por meio desta revisão, foi possível concluir que o tratamento realizado com o microdermoabrasão atua na prevenção e na redução das alterações cutâneas decorrentes do processo de envelhecimento facial, entretanto há uma escassez no número de publicações científicas que avaliem a eficácia desses procedimentos e quanto aos protocolos a serem utilizados.

Palavras-chave:

Envelhecimento, pele, rugas, microdermoabrasão.

ABSTRACT

The aging process not yet possess a definite cause that explains the nature of these alterations in the organism. The skin is the organ of the human body that more reflects these alterations. The main observed cutaneous modifications are rhytides, dry skin, spots, loss of luminosity and ptosis. For this diverse forms of treatment with the objective exist to eliminate or to brighten up these alterations, the Microdermoabrasion, that it is one not surgical technique of exfoliation of the skin indicated in the aging in which is made a direct application on the skin where aluminum oxide microcrystals are spray by the positive pressure and sucked by a negative pressure. This work has as objective to assess the results gotten with the use of the microdermoabrasion in the aging from a revision of published scientific material already. By means of this revision, it was possible to conclude that the treatment carried through with the microdermoabrasion acts in the prevention and the reduction of the decurrent cutaneous alterations of the process of face aging, however has a scarcity in the scientific publication number that evaluates the effectiveness of these procedures and how much to the protocols to be used.

Key words:

Aging, skin, rhytides, microdermoabrasion.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional já é uma realidade. Este fenômeno teve início nos países desenvolvidos. Recentemente são nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada. No Brasil, o número de idosos (60 anos de idade) passou de três milhões em 1960, para sete milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em 40 anos) e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020 (LIMA-COSTA et al., 2003).

No organismo, ocorrem várias alterações decorrentes do processo do envelhecimento e a pele é o órgão humano que

mais revela este processo, sendo, portanto alvo de inúmeros estudos que tem como objetivo o desenvolvimento de técnicas para minimizar este processo.

Atualmente a teoria mais aceita é a dos radicais livres, que como consequência da exposição crônica ou excessiva à radiação UV, as espécies de oxigênio reativo (EROs) podem reduzir a capacidade de defesa antioxidante da pele, acelerando o processo de envelhecimento pela morte ou mal funcionamento das células (DI MAMBRO; MARQUELE; FONSECA, 2005). Essa teoria ainda é ratificada pela presença dos fatores extrínsecos ou ambientais, como radiação solar, poluição, bebida alcoólica e o cigarro, que podem danificar as membranas das células, provocando efeitos negativos sobre a pele e aceleran-

1. Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP - Curso de Pós Graduação em Fisioterapia Dermato-Funcional.

Recebido: 04/2010
Aceito: 07/2010

Autor para correspondência: Flávia Fernanda de Oliveira Assunção
E-mail: flaviafassuncao@hotmail.com

do o processo de envelhecimento das células (DI MAMBRO, MARQUELE; FONSECA 2005). Pode ocorrer tanto por causas genéticas e mudanças hormonais associadas à menopausa (envelhecimento intrínseco) e, quanto por influências ambientais solar vento, umidade, doenças dermatológicas, fumo, álcool, alimentação (envelhecimento extrínseco ou fotoenvelhecimento) (VELASCO et al., 2004).

O envelhecimento da pele é o resultado de uma atrofia da camada dérmica, clinicamente caracterizada por uma pele de textura áspera, rugas, hiperchromias, telangiectasias, flacidez, e óstios dilatados. Estas alterações clínicas são decorrentes das mudanças que ocorrem na via cutânea da camada de tecido conjuntivo, pois as fibras de colágenos tornam-se mais grossas e as fibras elásticas perdem partes de sua elasticidade, havendo um decréscimo gradual da gordura depositada no tecido subcutâneo (GUIRRO; GUIRRO, 2002).

A pele, o maior órgão do corpo humano, reveste e delimita organismo correspondendo a 20% do peso corporal e tem por objetivo básico manter o meio interno em constante equilíbrio, protegendo e interagindo com o meio exterior, assim como os demais órgãos do corpo humano sofre alterações que caracterizam o envelhecimento cutâneo (AZULAY; AZULAY, 1999).

A pele senil pode ser classificada como hipertrófica, quando se apresenta mais grossa, infiltrada, flácida, distendida e com coloração amarelo-parda, além de ter tendências às rugas profundas e atrófica, apresentando pele fina, seca, rica em manchas pigmentares (GUIRRO; GUIRRO, 2002).

As rugas geradas pelas alterações cutâneas podem receber diversas classificações, de acordo com as observações, feitas durante a avaliação da pele. Elas podem ser superficiais, quando desaparecem durante o afastamento de suas bordas ou profundas, quando permanecem durante esta manobra (KEDE; SABATOVICH, 2004).

Elas ainda podem ser classificadas como dinâmicas, quando só são visíveis durante a movimentação; estáticas, visíveis mesmo sem movimento e gravitacionais, quando já existe uma ptose da pele (GUIRRO; GUIRRO, 2002).

A técnica de rejuvenescimento vem se aperfeiçoando não apenas pelos avanços tecnológicos, mas também pela preocupação da população com a saúde e com a aparência física, em decorrência da maior longevidade (VELASCO et al., 2004).

O microdermabrasão foi recentemente introduzido na área de dermatologia e cosmetologia como um processo não invasivo de revitalização e rejuvenescimento da pele, por sua forma popular de promover desgaste superficial da pele. Esta tecnologia foi inicialmente desenvolvida na Itália em 1985, onde várias unidades foram posteriormente comercializadas na Europa, sendo esta introduzida na América do Norte por Mattioli Engenharia em 1996-1997 (RAJAN; GRIMES, 2002; GRIMES, 2005). A prática terapêutica do microdermabrasão consiste na aplicação direta sobre a pele por meio de um equipamento mecânico gerador de pressão negativa e pressão positiva simultaneamente, em que utilizam microgrânulos, de óxido de alumínio, quimicamente inertes, jateados pela pressão positiva sobre a superfície cutânea, numa velocidade passiva de controle, provocando erosão nas camadas da epiderme, sendo, ao mesmo tempo, sugadas pela pressão negativa, tanto os resquícios dos microcristais como as células córneas em disjunção (BORGES, 2006).

A atenuação das rugas ocorre devido ao afinamento do tecido epitelial e a uma neovascularização com considerável aumento na pele. Sua ação nas discromias presentes no fotoen-

velhecimento é devida à esfoliação promovida sobre a camada córnea da epiderme, (manchas hipertrômicas) e pela indução à formação melânica (manchas hipocrômicas). O equipamento dispõe de ponteiros que devem ser descartáveis e transparentes para que o terapeuta visualize a abrasão realizada (BORGES, 2006).

O autor supracitado demonstra que na aplicação da técnica deve se observar a pressão positiva desejada, pois o seu ajuste estará diretamente proporcional ao jateamento de cristal, com isso a pressão ideal dependerá de diversos fatores como: sensibilidade cutânea e tipo de pele (alipídica ou lipídica), pois o seu manuvacuômetro atinge até 700 mmHg. Na prática clínica, procura-se iniciar com ajuste de potência menor que 200 mmHg, aumentando de acordo com os fatores relatados. Deve-se estirar a pele, com o objetivo de facilitar os movimentos de varredura da caneta, nos quais estes quando passados lentamente e em maior quantidade na mesma região proporcionará o tipo de abrasão desejada.

O paciente deve estar acomodado, com os olhos fechados, recoberto por gazes embebidas em soro fisiológico. É indispensável, que o profissional faça uso de luvas e máscaras descartáveis, óculos protetores e lupa. As áreas mais comuns para a aplicação do microdermabrasão são: face, braços, antebraços, dorso das mãos, região da musculatura dorsal e ventral, glúteos e regiões supra e infratrocanteriana. Cada sessão tem duração aproximadamente de 10 a 30 min, dependendo da extensão da área a ser tratada. Podemos observar que o mínimo são quatro aplicações, sendo que realizada uma vez por semana, já nos mostra resultados satisfatórios, podendo atingir de 6-12 aplicações em média (BORGES, 2006).

O microdermabrasão está contra indicado em lesões tegumentares e acompanhadas de processo inflamatório, e algumas precauções devem ser levadas em conta, tais como: evitar exposição solar 48 horas antes e após cada sessão; controle com uso de cosméticos à base de ácidos: excesso na erosão que possa atingir a camada basal; cuidados especiais com peles negras, telangectasias, hemangiomas, sensibilidade e alergia (BORGES, 2006).

O presente estudo justifica-se pela escassez de pesquisas que busquem reunir resultados relacionados aos efeitos do microdermabrasão no tratamento dos sinais de envelhecimento cutâneo. Técnica esta que vem sendo muito utilizada em clínicas de estéticas sem grande conhecimento teórico-científico no tratamento dos sinais do envelhecimento cutâneo.

METODOLOGIA

Este estudo tem um caráter voltado para uma revisão narrativa de literatura, que visa analisar a eficácia do microdermabrasão no tratamento de envelhecimento facial. Sendo fundamentado pela revisão bibliográfica nas Bibliotecas da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Universidade de São Paulo (USP), por meio de acervo literário, particulares e bases de dados, PUBMED (Publicações Médicas) e BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde), CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento Profissional de Nível Superior), no período de agosto a novembro de 2009.

A pesquisa foi realizada com as palavras chave: microdermabrasion, recursos fisioterapêuticos, envelhecimento da

pele e rugas. Também com descritores: envelhecimento da pele e manchas da pele. As referências incluídas nesta revisão são estudos experimentais, do período de 1995 a 2009, nos idiomas inglês e português.

DISCUSSÃO

Nessa revisão foram encontrados 80 artigos, sendo que 14 atenderam os critérios de inclusão. A grande vantagem do uso da técnica do microdermabrasão deve-se a sua simplicidade, rápida recuperação, praticamente indolor, não havendo necessidade de interrupção dos tratamentos estéticos do dia a dia e também não interfere na vida social e profissional do paciente, já que ele poderá retornar às suas atividades após o procedimento.

No estudo realizado por Murad et al. (2002) que teve como objetivo comparar a eficácia do ácido glicólico com o microdermabrasão no rejuvenescimento facial, no qual foram selecionadas 10 pacientes do sexo feminino com idade média de 43 anos, receberam tratamento com ácido glicólico (20%) e microdermabrasão por 6 semanas consecutivas. Os lados direito e esquerdo da face foram tratados com diferentes modalidades, sendo específicas, para cada um determinado lado do rosto.

O intervalo entre as sessões não ultrapassaram um período de 8 dias. Observou-se o grau de melhora da pele, se houve vermelhidão, manchas marrons, suavidade, maciez e rugas associadas um tipo de tratamento. Das dez pacientes, quatro relataram que sua textura cutânea foi melhor pelo ácido glicólico, duas constataram maior melhora com o microdermabrasão, três observaram que ambas as intervenções melhoraram a sua pele e uma não observou nenhum tipo de melhora com os procedimentos, porém não houve diferença entre as intervenções. A cor da pele obteve maior melhora com o ácido glicólico de acordo com as quatro pacientes, na opinião de uma paciente houve necessidade de várias sessões do microdermabrasão e dos cinco restantes, dois não observaram melhora na aparência do tratamento prévio feito com os dois métodos. Já quanto às rugas finas quatro observaram uma melhor redução com o ácido glicólico, um com o microdermabrasão, e cinco apresentaram pequenas melhoras do tratamento das rugas em ambos os lados. Este estudo confirma que uma série com baixa dosagem de ácido glicólico e uma série de baixa intensidade do microdermabrasão para tratamento do envelhecimento cutâneo são seguros e bem tolerados.

Estes resultados confirmam em estudo feito por Barba e Ribeiro (2009) utilizando o microdermabrasão também em dez mulheres com idade entre 40 e 50 anos, com a média de 43,5 anos. Foram realizados quatro procedimentos com duração de 30 minutos cada. Após os procedimentos foi aplicado um questionário ao quais todas as participantes avaliaram o aspecto da pele e relataram melhora na qualidade da pele em relação à textura, luminosidade e uniformidade da cor. Metade (50%) das pacientes relataram estarem bastante satisfeitas com o resultado, 30% relatou melhora razoável e 20% melhora mínima. Em relação à textura da pele 100% relataram melhora, quanto à uniformidade de cor 80% relataram melhora e apenas 20% perceberam diferença nas rugas finas, 30% melhora razoável na discromia e 30% relataram melhora na oleosidade da pele após as sessões.

Na pesquisa realizada por Rajan e Grimes (2002) foram selecionados oito pacientes (3 africanos, 3 hispânicos e 2 bran-

cos), quatro mulheres e quatro homens, com idade média de 32 anos, foi aplicado um tratamento em um dos lados da face com microdermabrasão de óxido de alumínio e do outro lado com NaCl, sendo realizado 3 passos de cada procedimento, em um dos lados específicos da face. As medições transepdérmica, perda hídrica, estrato córneo, hidratação, pH da pele, foram repetidos em 24 horas de procedimento. Os pacientes foram instruídos a não lavar a face na manhã da realização do estudo, pois seria realizada a assepsia da pele antes do procedimento.

Todas as medições foram realizadas em um ambiente controlado a uma temperatura de 20°C umidade de 50-60%. As medidas transepdérmica e perdas hídricas foram mensuradas por TEWL (Transepidermal Water Loss), sendo avaliadas na bochechas dos pacientes. A avaliação sebácea foi analisada pelo Sebumeter®. Já a quantidade do sebo do estrato córneo e da hidratação, obteve como parâmetro o Corneômetro, que mede a capacitância elétrica da pele através de um indicador que é o estrato córneo hidratado. Porém, para se avaliar o pH superficial da pele Eberlein et al. (2000) e Berardesca et al. (1998) sugeriram a utilização de um eletrodo de vidro preenchido com um tampão medidor de canal.

Em relação do valor basal, demonstrou tendência semelhante entre o NaCl e o óxido de alumínio em relação à hidratação do estrato córneo após 24 horas e em 7 dias, fornecendo evidência de que houve rupturas da barra de lipídios da epiderme por microdermabrasão. Para os valores médios para TEWL aos 7 dias, houve uma queda ligeiramente menor do que a verificada no início do estudo, isso sugere a restauração da função da barreira da pele. Tomados em conjunto, este estudo demonstra resultados na diminuição da função barreira lipídica, no aumento de TEWL e na hidratação regeneradora do estrato córneo em 7 dias após a técnica tanto com o NaCl, quanto com o óxido de alumínio.

Nesta pesquisa, os resultados demonstram uma tendência à redução do pH nas primeiras 24 horas após o microdermabrasão, significando que houve remoção parcial do estrato córneo e uma provável contribuição para um ambiente propício à regeneração dos lipídios na barreira do estrato córneo. Porém, após 7 dias de uso com NaCl, foi demonstrada uma tendência no aumento dos níveis de secreção sebácea, com isso este achado também, reflete no restabelecimento na barreira lipídica da pele. De acordo com Berardesca et al. (1998) demonstra que a remoção parcial das camadas do estrato córneo resulta em acidez da mesma, porém se essa remoção for total, promoverá uma alcalinização. Enquanto Mauru et al. (1998) mostraram que determinadas enzimas, requerem de um meio ácido, com pH em ótimo de 5,5 para constituição lipídica do estrato córneo. Tsai et al. (1995) e Bernard et al. (2000) o microdermabrasão é responsável pelas alterações fisiológicas na barreira epidérmica, que pode ser observada por um melhor aspecto clínico. Então, fica claro que provavelmente os achados estão subjacentes à melhoria da aparência clínica no aspecto de uma pele mais hidratada após o microdermabrasão.

Hernandez-Perz et al. (2001) realizaram um estudo com o objetivo de verificar as alterações microscópicas consequentes da utilização do microdermabrasão. Foram selecionadas sete mulheres, com idade média de 45 anos, que foram submetidas a cinco sessões de microdermabrasão (com pressão de 380 mmHg), com intervalo semanal entre as aplicações. Foi feita uma biopsia da pele em todas as participantes antes e após os procedimentos, também foi feito registro fotográfico semanalmente para análise dos resultados. Foram avaliadas a espessura

da pele, a dilatação dos óstios e seu aspecto geral. Todas as pacientes apresentaram melhora clínica e microscópica em todos os parâmetros avaliados.

Mei-Heng et al. (2001) em estudo com dez pacientes de fototipos I a III pela classificação de Fitzpatrick e graus II e III na escala de Glogau, foram submetidos a microdermabrasão, uma vez por semana, com cinco a seis passadas. Foi observado rugosidade da superficial da pele, redução do conteúdo sebáceo, aumento temporário na aspereza da pele e leve achatamento de algumas rugas. O microdermabrasão foi realizado uma semana com a pressão na câmara de vácuo de 30 mmhg, com uma pressão de vácuo de 15 mmhg. Os pacientes foram avisados para diminuir a exposição solar na área tratada, com o objetivo de minimizar o risco de hiperpigmentação. As medições foram realizadas antes e após o microdermabrasão no primeiro, segundo e quinto dia de acompanhamento.

O método foi avaliado por fotografia e termografia, as quais foram realizadas antes e depois do procedimento. O conteúdo sebáceo foi verificado pelo Sebumeter® que foi aplicado nas regiões da bochecha, fronte, orbitale e queixo, durante 30 segundos. A elasticidade, a rigidez e a conformidade da pele foram medidas após o procedimento pelo BTC 2000. Sete dos dez pacientes notaram melhora clínica, após três a cinco tratamentos, sendo mais evidente em pacientes Fitzpatrick tipo I e Glogau tipo II. Pela análise dinâmica constata-se um aumento na rigidez da pele durante todo o estudo. Na topografia foi observado um aumento temporário na rugosidade da pele e um leve achatamento de algumas rugas imediatamente após o tratamento. Na microscopia óptica foi verificado um ligeiro desgaste do estrato córneo com ligeiro edema na camada dérmica após o procedimento, notando-se que uma semana após o final do tratamento mostrou um ligeiro aumento da ortoqueratose, entretanto sem nenhuma mudança significativa no conteúdo de colágeno e elastina.

Coimbra (2003) realizou um estudo no qual foram selecionadas vinte voluntárias do sexo feminino, com idade entre 30 e 58 anos, com diversos graus de fotoenvelhecimento e rugas, que receberam tratamento de uma semana para um total de oito sessões, sendo que cada uma com duração de 5 a 10 minutos. O procedimento foi fixado em 30 kPa (aproximadamente 230 mmhg) aumentando em cada tratamento subsequente, chegando a uma pressão máxima de 70 kPa (aproximadamente 538 mmhg) durante o último tratamento. Após cada procedimento, foi aplicado o protetor solar diariamente, a fim de minimizar os riscos de exposição solar e prevenir o surgimento de hiperpigmentação.

A avaliação foi padronizada por fotografias obtidas antes e após de cada procedimento, observando-se uma melhora significativa no tratamento de hiperpigmentação após a 5ª sessão, enquanto para melhor redução das rugas foi otimizada após a 4ª sessão. O exame histológico realizado após oito sessões demonstra um aumento significativo na espessura da epiderme e um aumento no total de colágeno pelas amostras coradas com o tricômetro de Masson. Com isso, confirma-se que o microdermabrasão foi capaz de promover rejuvenescimento da pele, devido ao aumento da espessura da pele, aumento da espessura epidérmica e do colágeno organizado. Entretanto, Freedman et al. (2001) relatam que em seu estudo houve um espessamento da camada dermo-epidérmica observado após 6 sessões.

No estudo realizado por Alam et al. (2002) participaram 10 mulheres com idade entre 26 e 65 anos, com média de 43 anos, tipo de pele variando de I a IV, média de III pela classificação de Fitzpatrick, sendo realizado seis aplicações de microderma-

brasão e peeling de ácido glicólico. Em todos os atendimentos cada hemiface foi tratada com um procedimento, havendo um intervalo entre os atendimentos de 6 a 8 dias. Foi aplicado ácido glicólico a 20% com uma escova de nylon durante o peeling, com a duração de 4 minutos desde a aplicação até a neutralização com propilenoglicol na água. Para microdermabrasão foi escolhido um modo brando para a sua aplicação. Para avaliação foram realizadas fotografias e um questionário uma semana após o final dos atendimentos, no qual era pontuado de 1 - 5 (1- agravou, 2- agravao moderada, 3- sem alteração, 4- moderada melhora, 5- melhorou), observando todo o aspecto da pele, vermelhidão, manchas escuras, suavidade, maciez, rugas associadas a cada tipo de tratamento e demonstrando em qual aspecto e qual intervenção foi mais bem sucedida, devendo associar também a efeitos adversos como dor, edema, vermelhidão, alterações indesejáveis de pigmento, ferimento, cicatrizes e por último qual procedimento foi o preferido.

Foi utilizada ainda uma escala de 1 - 10 (1- menos, 10- mais) para avaliação médica sobre o grau de despigmentação superficial e irregularidades, bem como a aparência geral de cada hemiface. Apenas uma mulher completou os 6 atendimentos com o microdermabrasão e peeling de ácido glicólico, as restantes interromperam o procedimento com microdermabrasão devido a associação com o aparecimento de pápulas acneiformes após o 3º procedimento com o microdermabrasão continuando somente com o peeling. Na avaliação das pacientes uma ligeira melhora na vermelhidão, manchas, maciez da pele, e rugas, porém, um discreto agravo na textura da pele tanto para microdermoabrasão quanto para peeling químico. No tratamento com microdermabrasão, foram relatados dor e vermelhidão por um paciente, mudança na pigmentação em outro, e exacerbação da acne em um paciente também. O microdermabrasão foi considerado mais agradável por 4 pacientes e apenas um considerou o peeling, no entanto, as duas modalidades foram consideradas agradáveis por 5 pacientes. No geral 7 pacientes escolheram o peeling preferencialmente, 1 escolheu o microdermabrasão e 2 não tinham um método favorito de tratamento. Quanto à avaliação médica, não houve diferença significativa em nenhum dos itens abordados na avaliação e quanto ao registro fotográfico dos pacientes os avaliadores não revelaram qualquer diferença entre os tratamentos.

James e Ellen (2006) selecionaram dezesseis pacientes saudáveis do sexo feminino, com idade entre 25 e 55 anos e fototipo II a IV pela classificação de Fitzpatrick, (aproximadamente 88% Tipos III e IV), participou do estudo. Estes foram submetidos ao microdermabrasão uma vez por semana, durante um total de seis procedimentos. Além disso, realizou-se cuidado da pele suave, por meio de purificadores e de loção hidratante com FPS 15. Os pacientes foram convidados a lavar a face com purificadores, seguido pela aplicação do creme, duas vezes ao dia durante 6 semanas. O sistema utilizado constou de um fluxo direto de óxido de alumínio combinada com um vácuo. Segundo Tan et al. (2001) foi utilizada uma pressão de vácuo de 30 mmhg com a caneta em contato com a pele, realizando quatro passes e uma pressão de vácuo 15 mmhg por mais de dois passes na região periorbitária.

As avaliações foram realizadas em primeiro plano sobre as datas em que houve os tratamentos, tendo como referência, 1º semana e a última após o procedimento. Estas consistiram na auto-avaliação do paciente, resultados dos procedimentos fotografias e colorimetria. As melhoras significativas foram visivelmente observadas tão logo a 3ª semana na superfície tátil

através da rugosidade, nas rugas finas, na hiperpigmentação e nos óstios dilatados, sendo que a nível geral, a avaliação mostrou uma significância na textura global.

De acordo com Freedman et al. (2001) quanto mais precoce for realizado o procedimento (entre a 3ª e 5ª sessão), com sete passes do vácuo, há uma pressão de 50 mmHg, ocorrerá uma mudança do estrato córneo, através de um processo reparativo. Porém, Tasai et al. (1995), também sugerem que a pressão negativa aplicada sobre a pele, resulta em tracionamento suave, que massageia a superfície da pele, aumenta o suprimento sanguíneo e a rápida reparação do tecido cicatricial. Já Hernandez e Ibieta (2001) documentaram que houve uma boa melhora nas rugas finas em 86% as pacientes, após múltiplas sessões de microdermabrasão.

Resultado semelhante ao encontrado por Hexsel et al. (2005) que realizaram um estudo piloto, objetivando avaliar e comparar a eficácia do microdermabrasão seguido de um ácido químico retinóide (RA) a 5% e a ação do RA 5% sozinho, participaram da pesquisa 6 pacientes do sexo feminino, com idade média de 51 anos e fototipos II e III. Três submetem-se a microdermabrasão (com pressão de 30 cmHg (referente a 300 mmHg), seguida pela aplicação de um produto químico RA 5%. Cada paciente foi submetida a três sessões num intervalo de 7–10 dias entre as mesmas. A avaliação foi realizada por meio de análise fotográfica e biópsia histológica, antes e 7 dias após o procedimento. Na opinião dos pacientes, em ambos os grupos houve uma melhora na textura, pigmentação e aparência da pele tratada, sendo confirmado com a avaliação pré e pós-tratamento. A combinação do microdermabrasão seguido por um RA a 5% apresentou melhora ligeiramente maior das alterações histológicas resultante do foto envelhecimento. Ambos os métodos se mostraram eficazes no tratamento do fotoenvelhecimento.

Coimbra, (2003) relata que as hipercremias fotografadas têm uma melhora significativa a partir da quinta sessão do tratamento. Já este estudo, demonstra diminuição nas áreas hiperpigmentadas com um aumento na luminosidade da pele, no entanto não apresentando melhora significativa logo após o primeiro procedimento.

Segundo o autor supracitado, após o procedimento de oito sessões do microdermabrasão com intervalos de 1 semana, a melhora das manchas hipercremias, aumento do colágeno e melhora da textura da pele foram significativas. Já Freedman et al. (2001) comprovaram em seu estudo que após a 6ª sessão houve espessamento da camada dermo-epidérmica. Na pesquisa feita por Murad et al. (2002) que comparou os efeitos do ácido glicólico com o microdermabrasão, o primeiro se mostrou mais eficiente, mesmo sendo aplicado com uma porcentagem bastante reduzida. Diante do exposto, podemos dizer que o tratamento com ácido é mais eficaz por apresentar uma maior agressividade à pele. No entanto, faz necessária uma realização de estudos mais apurados.

Rajan e Grimes (2002) observaram aumento da hidratação da pele pela ruptura da barreira lipídica, diminuição do pH e redução da espessura do estrato córneo. Os mesmos resultados foram encontrados por Kede e Sabotovich (2004) e Borges (2006) acrescentado que o microdermabrasão apresenta eficácia no tratamento de envelhecimento cutâneo por aumentar a neovascularização e a colagenase, podendo ser visualizado bons resultados logo após a 4ª sessão.

Mei-Heng et al. (2001) James e Hellen (2006) realizaram uma pesquisa com o microdermabrasão durante um período de 5 a 6 sessões, atuando de duas maneiras: pressão de 30mmHg em toda a face e de 15 mmHg apenas na região orbitária, sendo

encontrado resultados semelhantes em ambos os estudos como melhora das rugas e redução do conteúdo sebáceo. Os autores ainda relatam que na 3ª sessão já podem ser visualizados melhora das rugas, hipercremias e dos óstios dilatados.

Apesar do valor da pressão ter sido citado na maioria dos estudos, não houve a conclusão de qual seria a ideal, pois os valores são muito divergentes.

CONCLUSÃO

O microdermabrasão é um dos recursos utilizados para o tratamento do envelhecimento cutâneo, que vem demonstrando uma grande eficácia nestes estudos levantados em relação à melhora do aspecto cutâneo, diminuição da espessura do estrato córneo, aumento do aporte sanguíneo, melhora na hidratação e na síntese de colágeno. Entretanto, há necessidade de estudos com maior rigor, em amostras maiores e em longo prazo, visando uma aplicação segura e com resultados seguros e satisfatórios.

Apesar da existência de vários tratamentos para o rejuvenescimento facial, o mais importante é sempre a prevenção através da proteção. O envelhecimento intrínseco não pode ser evitado, mas o extrínseco pode ser retardado, principalmente por meio do uso contínuo de fotoprotetores. Existem, ainda, outras recomendações que devem ser seguidas para retardar o fotoenvelhecimento: evitar exposição ao sol entre 10 e 15 horas, fazer uso de protetores solares com FPS no mínimo de 15 (a aplicação deve ser 30 min antes da exposição, reaplicando a cada 2 horas), fazer uso de chapéus com aba larga, usar óculos de sol quando estiver ao ar livre, usar protetor labial contendo filtro solar, proteger a ponta das orelhas, dorso dos pés e das mãos, se estiver fazendo uso de alguma medicação, consultar o médico antes da exposição solar, pelo fato de alguns medicamentos poder sensibilizar a pele à radiação solar.

REFERÊNCIAS

ALAM, M et al. Glycolic Acid Peels Compared to Microdermabrasion: A Right-Left Controlled Trial of Efficacy and Patient Satisfaction. *Dermatol Surg*, v.28, n.6, p.475-479, junho, Houston, 2002.

AZULAY, R. D.; AZULAY, D. R. *Dermatologia*. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

BARBA, J.; RIBEIRO, E. R. Efeito do microdermabrasão no envelhecimento facial. *Revista Inspirar*, Curitiba, v.1, n.1, p.5-8, junho-julho, 2009.

BERNARD, R. W.; BERAN, S. J.; RUSSING, L. Microdermabrasion in clinical practice. *Clin Plast Surg*, v. 27, n. 4, p. 571-7, oct, 2000.

BERARDESCA, E. et al. Differences in stratus corneum pH gradient when comparing white Caucasian and black African-American skin. *Br J Dermatol*, v. 139, n. 5, p. 855-7, nov, 1998.

BORGES, F. S. *Dermato-funcional: modalidades terapêuticas nas disfunções estéticas*. São Paulo: Phorte, 2006, cap. 4, p. 101-115.

COIMBRA, M. et al. A prospective controlled assessment of microdermabrasion for damaged skin and fine rhytides. *Plast Reconstr Surg*, v. 113, n. 5, p. 1438-43, abr 15, 2004.

CUCÉ, L. C.; FESTA N. C. *Manual de dermatologia*. 2.

ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

DI MAMBRO, V. M.; MARQUELE, F. D.; FONSECA, M. J. V. Avaliação in vitro da ação antioxidante em formulações antienvhecimento. *Cosmetics & Toiletries*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 74-78, jul./ago. 2005.

EBERLEIN-KONIG, B.; SCHAFER, T.; HUSS-MARP, J. Skin surface pH, stratum corneum hydration, transepidermal water loss and skin roughness related to atopic eczema and skin dryness in a population of primary school children. *Acta Derm Venereol*, v. 80, n.3, p. 188-191, may, 2000.

FREDMAN, B. M.; RUEDA-REDRAZA, E.; WADDELL, S. P. The epidermal and dermal changes associated with microdermabrasion. *Dermatol Surg*, v. 27, n.12, p.1031, dez, 2001.

GRIMES, P. E. Microdermabrasion. *Dermatol Surg*, United States, v. 31, n.0, p. 1160 – 1165, set, 2005.

GUIRRO, E. C. O.; GUIRRO, R. R. J. *Fisioterapia dermatofuncional: fundamentos, recursos e patologias*. 3. ed., rev. ampl. São Paulo: Manole, 2002. Cap 1. p. 14 – 32.

HERNANDEZ- PEREZ, E.; IBIETT, E. V. Gross and microscopic findings in patients undergoing microdermabrasion for facialejuvenation. *Dermatol Surg*, v. 27, n.7, p. 637, jul, 2001.

HEXSEL, D. et al. Microdermabrasion followed by a 5% retinoid chemical peel a VS. a 5% retinoid acid chemical peel for the treatment of photoaging – a pilot study. *Journal of Cosmetic Dermatology*, v. 4, n. 2, p. 111-116, jun, 2005.

JAMES M. S.; ELLEN S. K. Approaches to Document the

Efficacy and Safety of Microdermabrasion Procedure. *Dermatol Surg*, v. 32, n.11, p.1353-1357, nov, 2006.

KEDE, M. P. V.; SABATOVICH, O. *Dermatologia Estética*. São Paulo; Atheneu, 420p, 2004.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, junho, 2003.

MEI-HENG, T. et al. The Evaluation of Aluminum Oxide Crystal Microdermabrasion for Photodamage. *Dermatol Surg*, v.27, n.11, p. 943-949, nov, 2001.

MAURU, T. et al. Barrier recover is impeded at neutral pH, independent of ionic effects: implications for extracellular lipid processing. *Arch Dermatol Res*, v. 290, n. 4, p. 215-22, apr, 1998.

MURAD, A.; OMURA, N. E.; DOVER, J. S.; ARNDT, K. A. Glycolic Acid Peels Compared to Microdermabrasion: A Right-Left Controlled Trial of Efficacy and Patient Satisfaction. *Dermatologic Surgery*, v. 28, n. 6, p. 475–479, june, 2002.

RAJAN, P.; GRIMES, P. E. Skin barrier changes induced by aluminium oxide and sodium chloride microdermabrasion. *Dermatol Surg*, v. 28, n.5, p.390-3, may, 2002.

TSAI, R. Y.; WANG, C. N.; CHAN, H. L. Aluminum oxide crystal microdermabrasion: a new technique for treating facial scarring. *Dermatol Surg*, v. 21, n. 6, p.539-42, jun, 1995.

VELASCO, M. V. R. et al. Rejuvenescimento da pele por pelling químico: enfoque no pelling de fenol. *An bras Dermatol*, v.79, p. 91–99, Jan-fev, 2004.

Qualidade de Vida e Sexualidade em Pacientes com Traumatismo Raquimedular

Quality of Life and Sexuality in Patients with Spinal Cord Injuries

André Cavalcanti Macêdo¹, Kattyúcia Cruz Meireles Silva², Tatiane Lima de Araújo Silva³

RESUMO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a qualidade de vida pode ser definida como a percepção do indivíduo quanto à sua posição na vida e no contexto da cultura e sistemas de valores em que se vive. O traumatismo raquimedular afeta o indivíduo de maneira ampla, devido ao comprometimento motor, sensitivo e autonômico abaixo do nível da lesão, acarretando alterações de importantes funções, dentre elas, a sexual. Esta pesquisa teve como propósito conhecer a realidade dos pacientes com lesão medular na expressão da qualidade de vida e sexualidade. A amostra foi composta por 19 pacientes com lesão medular atendidos no CRANESP (Centro de Referência em Atendimento aos Portadores de Necessidades Especiais). Como resultado foi encontrado que o paciente com lesão medular traumática possui grande comprometimento de sua qualidade de vida, em todos os seus domínios, principalmente no que se refere aos aspectos sociais.

Palavras-chave:

Lesão Medular, Qualidade de Vida, Sexualidade, Reabilitação.

ABSTRACT

According to World Health Organization, the quality of life can be defined as the individual's perception regarding their position in life and in the context of culture and value systems in which they live. The spinal cord injury affects the individual broadly due to motor impairment, sensory and autonomic below the injury level, resulting in changes in important functions, among them sex. This research aimed to know the reality of patients with spinal cord injury on the expression of quality of life and sexuality. The sample consisted of 19 patients with spinal cord injury treated at CRANESP (Reference Center on Care for People with Special Needs). As a result it was found that patients with spinal cord injury have severe impairment of their quality of life in all areas, especially with regard to social aspects.

Key words:

Spinal cord injury, Quality of life, Sexuality, Rehabilitation.

INTRODUÇÃO

O Traumatismo Raquimedular (TRM), corresponde a qualquer lesão na medula que resulta de trauma sem origem patológica e é uma das mais graves síndromes incapacitantes que pode acometer um indivíduo, podendo ter como consequência déficits sensitivos e motores, alterações viscerais, sexuais e tróficas. Isso ocorre pela importância da medula espinhal que além de ser uma via de comunicação entre diversas partes do corpo e cérebro, é também um centro regulador que controla a respiração, circulação, temperatura corporal, bexiga, intestino e atividade sexual (GREVE; CASALIS; BARROS, 2001).

O TRM acarreta consequências graves à vida de um indivíduo, trazendo consigo significativas alterações na função motora, sensitiva e autonômica abaixo do nível da lesão, pois a medula espinhal é um centro regulador de importantes funções, dentre estas a atividade sexual. Assim a lesão da medula espinhal

pode levar a alterações de ordem sexual, que juntamente com a limitação física dificultará a relação sexual. Entende-se então a necessidade de abordar de forma global e integrada o paciente incapacitado, desenvolvendo todo o potencial remanescente e limitando a lesão incapacitante. É preciso, porém, considerar a expectativa deste paciente, pois ao iniciar o programa de recuperação física, este almeja adquirir condições para a deambulação independente, mesmo que com o auxílio de órteses. A incapacidade para locomoção independente assume, para o paciente, o maior entrave para o exercício de uma vida social e produtiva (LIANZA; SPÓSITO, 1994).

Centros de pesquisa do mundo inteiro vêm realizando estudos sobre qualidade de vida em diversas condições crônicas, com o intuito principal de promover intervenções que venham de encontro à sua melhoria. Este fato se estende aos pacientes portadores de lesão medular. O aumento da expectativa de vida desses indivíduos fez com que o processo de reabilitação fosse para além da prevenção dos danos causados pela lesão medu-

1. Fisioterapeuta graduado pela União de Ensino Superior de Campina Grande - UNESC Faculdades (2009).

2. Fisioterapeuta graduada pela União de Ensino Superior de Campina Grande - UNESC Faculdades (2009).

3. Mestre em Saúde Coletiva pela UEPB (2008), Especialista em Serviços de Saúde Pública pela CESED (2006) e em Fisioterapia Neurofuncional pela UEPB (2003). Fisioterapeuta concursada do município de Campina Grande - PB, Professora da

UNESC Faculdades, da Faculdade Maurício de Nassau e da Faculdade Integrada de Patos - FIP. Endereço: Rua: Zeferina Gaudêncio, 213, Nações, CEP: 58.103-115, Campina Grande - PB. Fone: (83) 8898-5780. E-mail: tlaraujo78@hotmail.com

TRABALHO ACADEMICO ORIENTADO (TAO) - CURSO DE FISIOTERAPIA.

Recebido: 04/2010

Aceito: 07/2010

Autor para correspondência: Tatiane Lima de Araújo Silva

E-mail: tlaraujo78@hotmail.com

lar, e objetivasse também a melhora da qualidade de vida e a independência funcional. Comisso, Peixoto et al. (2003), afirma que a promoção e a atenção à saúde dos indivíduos com lesão medular, englobam medidas restauradoras, preventivas e de reabilitação para a melhoria das funções motoras ou sensitivas e do bem-estar.

Este trabalho teve como objetivo investigar a influência da atividade sexual na qualidade de vida dos pacientes após traumatismo raquimedular e de forma específica, traçar um perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com TRM, como também, identificar o nível de independência destes pacientes através do Índice de Barthel.

A escolha deste tema centralizou-se em conhecer a qualidade de vida e a realidade da vida sexual destes pacientes, buscando identificar quais as principais dificuldades encontradas na expressão dessa sexualidade após a lesão, e analisá-las, objetivando detectar tanto a carência do aspecto sexual na sua reabilitação, como também a importância deste como parte integrante do programa de reabilitação.

A proposta deste estudo teve grande relevância nesta área, já que ficou conhecido a realidade do indivíduo com lesão medular, a fim de contribuir para sua melhora das atividades convencionais e integração à sociedade.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Etimologicamente, medula significa miolo e indica tudo o que está dentro. Portanto, a medula espinhal tem sua denominação baseada na origem etimológica por está dentro do canal espinhal ou vertebral (HOUAISS, 2001).

A medula, apesar de corresponder apenas 2% do Sistema Nervoso Central, inerva áreas motoras e sensitivas de todo o corpo, com exceção somente dos nervos cranianos (MACHADO, 2000).

Segundo Tortora (2000), “a medula espinhal conduz impulsos nervosos ao longo dos tratos entre o encéfalo e a periferia, e serve como integrador dos reflexos espinhais”.

A lesão medular consiste em qualquer alteração que ocorra na medula espinhal e/ou raízes nervosas atingindo os elementos neurais localizados dentro do canal medular, provocando interrupção completa ou parcial da transmissão dos impulsos nervosos abaixo do nível da lesão trazendo consigo mudanças e conseqüências dramáticas na vida de um indivíduo, inclusive na área da sexualidade (ATRICE, 2004). A lesão da medula espinhal pode ocorrer de duas formas: a traumática, podendo acontecer de forma aguda e inesperada e a não traumática, geralmente surgindo de forma insidiosa. O traumatismo da coluna vertebral pode comprometer de maneira irreversível a medula e suas raízes nervosas (MAROTTA, 2002).

O autor supracitado afirma que são variadas as causas de lesão, dentre elas temos acidentes com veículos automotivos, atropelamentos, quedas, lesões em esportes, acidentes industriais, atos de violência por arma branca e de fogo.

Schneider (1994) relata que o trauma é a causa mais comum de lesão medular, ocorrendo como resultado de forças de impacto em alta velocidade. A maioria das lesões medulares resulta da aplicação de forças indiretas, geradas pelo movimento da cabeça sobre o tronco e raramente devido à aplicação de forças diretas sobre a vértebra. O traumatismo da coluna geralmente envolve forças de flexão forçada ou extensão em combinação

com rotação, compressão, cisalhamento, ou separação de vértebras, que geralmente resultam em fratura vertebral, luxação, ou uma combinação de ambas.

De acordo com o autor referenciado anteriormente, a lesão medular pode surgir ainda devido ao comprometimento circulatório na forma de embolia, trombose ou hemorragias, provocando disfunção neurológica na área medular envolvida e abaixo dela, caracterizando assim, uma das formas de causas não traumáticas.

As lesões traumáticas e não traumáticas, herdam sua nomenclatura do seu fato gerador. As traumáticas têm sua origem em um trauma, por exemplo, fratura de vértebra. Já as não traumáticas, têm seu fato gerador numa doença, por exemplo, a poliomielite. Dos casos de lesão medular, 81,9% têm seu fato gerador em um trauma (BRASIL, 2004).

A lesão medular pode ser completa ou incompleta. Quanto mais próxima do centro de controle, maior será o comprometimento da rede. Ou seja, quanto mais alta for a lesão na coluna, maior será a perda motora e sensorial nas partes do corpo abaixo dela. São ditas completas aquelas lesões que interrompem completamente a comunicação abaixo da altura lesionada, e incompletas quando a lesão é parcial, havendo uma comunicação parcial com os órgãos abaixo da área lesionada. De acordo com a classificação da American Spinal Injury Association – ASIA (2001), a lesão completa acontece quando atinge todas as vias motoras e sensitivas e a incompleta quando afeta apenas algumas vias motoras e/ou sensitivas.

O prognóstico funcional do lesado medular é determinado principalmente pelo grau de preservação sensitivo motora, porém é importante destacar outros fatores como idade, obesidade, função cardiorrespiratória, deformidades osteoarticulares, problemas emocionais e outros, que podem interferir substancialmente no resultado do tratamento (DELIZA et al., 2002).

De acordo com Mancussi (1998), pesquisadores como Santos (1989); Amâncio, Settanni (1990); Sposito et al. (1986), acreditam que o tratamento do TRM deve ter início no momento do acidente por meio da avaliação primária e do transporte adequado da vítima, considerando-as como as primeiras e importantes ações a serem desenvolvidas, podendo com isso, amenizar ou mesmo impedir o chamado segundo acidente, presente em 3 a 10% dos TRM.

A medula espinhal juntamente com o cérebro está envolvida na função erétil. No cérebro, o sistema límbico exerce o papel principal na organização e atuação do comportamento sexual juntamente com outras estruturas, e controlando a medula espinhal em termos de excitação e de inibição. Apresentando todos os componentes neurais necessários para provocar a ereção, a medula serve como sistema gerador / modulador para o controle da ereção (BURNETT, 2004).

Salimene (1995), que pesquisou a sexualidade dos paraplégicos e se deparou, como Faro (1991), com os estereótipos da masculinidade, afirma que as pessoas com paraplegia necessitam de ajuda na reconstrução de sua identidade sexual, apontando para a necessidade da elaboração de uma nova imagem corporal, recuperação da auto-estima e reconstituição da identidade sexual.

Qualidade é definida por Ferreira (1986), como sendo as condições favoráveis ou desfavoráveis de uma determinada coisa, numa escala de valores, qualidade que permite avaliar e conseqüentemente aprovar, aceitar ou recusar algo. O termo vida, segundo o mesmo autor é o conjunto de propriedades e qualidades graças às quais, animais e plantas se mantêm em

continua atividade manifestada em funções orgânicas tais como o metabolismo, o crescimento, a reação a estímulos, a adaptação ao meio, a reprodução e outras.

A busca da melhoria da qualidade de vida nos últimos anos levou um número crescente de pessoas portadoras de necessidades especiais a procurar a prática de atividade física visando à melhora no seu bem-estar físico e psicológico. Manns e Chad (2001) investigaram quais os itens que representam qualidade de vida para pessoas com TRM, e os dados mais apontados estão relacionados à habilidade física e independência, bem estar físico e social.

Em se discutindo qualidade de vida deve considerar, ou melhor, repensar alguns mitos sobre sexualidade e deficiência física, conforme apontados por Pinel (1984), as pessoas deficientes são assexuadas ou perigosamente hipersexuada; pervertida; devem se casar com deficientes; os problemas sexuais do deficiente são decorrentes da deficiência, entre outros que estigmatizam tais pessoas e, certamente interferindo na sua qualidade de vida.

Segundo Lianza et al. (2001), a grande maioria do conhecimento que se tem hoje acerca da função sexual e reabilitação dos pacientes com lesão da medula espinal, foram acumuladas durante um período de menos de 50 anos, pois até a segunda metade do século XX questões referentes a sexualidade em geral raramente eram discutidas, seja na literatura científica ou popular das civilizações ocidentais.

É importante entender que o indivíduo com TRM, não perde sua sexualidade, porém as alterações motoras, sensitivas e neurovegetativas decorrentes da lesão neurológica, junto à repercussão nos aspectos psíquicos, produzem significativas modificações determinando a disfunção sexual, onde o grau dessa disfunção dependerá do tempo, do nível e da extensão da lesão medular (CASALIS, 1999).

Entendendo que a sexualidade não se limita a relação sexual, estudiosos desta área tem despertado para uma abordagem mais ampla, onde afeto e prazer são elementos que integram a sexualidade, colaborando para o desenvolvimento da auto-estima e melhorando a auto-imagem (BATTISTELLA, 1995).

De acordo com Sipski e Alexander (2002), a frequência e a satisfação da atividade sexual de pessoas com lesão medular têm sido estudadas, apesar de haverem relatos de uma diminuição tanto da frequência como também da satisfação sexual.

Segundo Krusen (1986), a sexualidade é uma questão que faz parte da saúde e bem-estar de um indivíduo. A reabilitação preocupa-se com o paciente integralmente e, portanto, a sexualidade, como função natural, faz parte desse todo. O processo de ajustamento sexual varia de acordo com cada paciente e depende de alguns fatores, incluindo ajustamento psicológico prévio, qualidade do sistema de apoio, idade, sexo, saúde física, e tipo de lesão.

Oliveira (2004) enfatiza a importância dos fisioterapeutas e de todos os profissionais que trabalham na área de prevenção e reabilitação a atuarem no processo de ajustamento psicossocial de pacientes com lesões traumáticas do SNC, a partir de uma compreensão mais bem embasada destas lesões e de suas incapacidades ou limitações funcionais decorrentes. A final quando o paciente sobrevive ao dano neurológico no encéfalo ou na medula, é importante que ele saiba que a vida continua.

O sucesso da reabilitação dependerá, ao lado de uma equipe multidisciplinar, do envolvimento da família e da sociedade no processo. Conseqüentemente a isto, estão o desenvolvimento de habilidades, da melhora funcional, da satisfação na trajetória

cotidiana, da re-integração familiar e social, do exercício da cidadania e maior autonomia (SOUSA, 2001).

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa do tipo levantamento, com característica descritiva e exploratória, objetivando um maior conhecimento sobre o tema abordado, com intuito de explicitá-lo ou construir hipóteses (GIL, 2002).

A população alvo deste estudo destinou-se aos pacientes com lesão medular que foram atendidos no CRANESP (Centro de Referência em Atenção aos Portadores de Necessidades Especiais) na cidade de Campina Grande – PB, sendo considerados na amostra, indivíduos de ambos os sexos, acima de 18 anos, com amostragem aleatória e por acessibilidade sem dados probabilísticos.

Para a coleta dos dados foi aplicado um questionário contendo os seguintes aspectos: idade, sexo, tempo de lesão, entre outros, e perguntas relacionadas a sexualidade, e em seguida, para avaliar o grau de dependência funcional, foi aplicado o Índice de Barthel.

Os dados coletados foram analisados através da estatística simples e confrontados com a literatura das ciências médicas, sendo os resultados encontrados, distribuídos em tabelas e gráficos, discutidos e correlacionando-os com as variáveis sócio-econômicas e demográficas.

Os participantes da pesquisa expediram concordância documentada de autorização da pesquisa. Foram preservada a identidade dos sujeitos envolvidos e a pesquisa não trouxe ônus financeiro para nenhum participante. Os participantes poderiam desistir em qualquer momento da pesquisa. Os pesquisadores assumiram o compromisso de cumprir as normas da Bioética.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram realizados dois questionários, um abordando o perfil sócio-demográfico dos pacientes além de perguntas acerca da sexualidade, sendo este desenvolvido pelo próprio autor. O outro instrumento foi sobre a qualidade de vida, o WHOQOL - ABREVIADO desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Em relação ao sexo que há uma maior incidência do sexo masculino com 89%, concordando com autores como Atrice (2004), Marotta (2002) e Suaid e colaboradores (2005), que afirmam que o sexo masculino é o mais atingido pelo TRM (TABELA 1).

TABELA 1: Distribuição dos 19 pacientes com TRM, no CRANESP, quanto ao sexo, Campina Grande – PB, 2009.

Sexo	n	%
Masculino	17	89
Feminino	02	11
Total	19	100

No que diz respeito à idade dos pacientes envolvidos, foi observado, com 32%, uma maior incidência no intervalo entre 31 e 40 anos. Segundo Suaid e colaboradores (2005), além da maior incidência no sexo masculino, o TRM afeta na sua grande maioria jovens, por estes estarem mais expostos a

várias situações de risco que possam levar ao dano da medula espinhal (GRÁFICO 1).

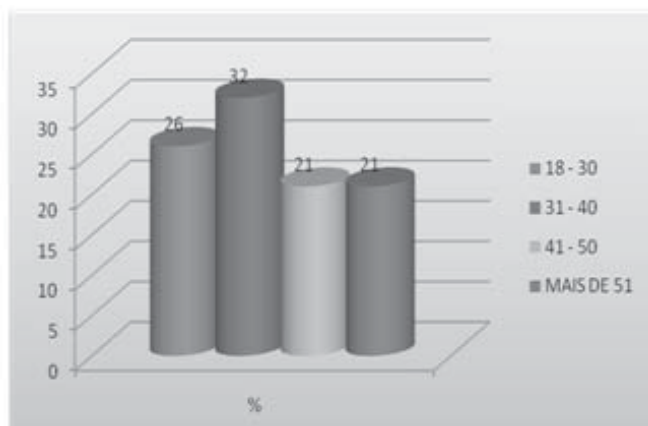


GRÁFICO 1: Distribuição percentual de 19 pacientes com TRM, do CRANESP, segundo a idade, Campina Grande - PB, 2009.

Com relação ao estado civil observa-se na Tabela 2 que 42 % da amostra, encontravam-se solteiros, 48 % casados, 5% união estável e 5% divorciados. Em todos os casos, a lesão poderá afetar a expressão da sexualidade. Com o TRM, alterações importantes da função sexual dificultarão a relação sexual, interferindo diretamente na expressão da sexualidade destes indivíduos. Quando a sexualidade é comprometida no TRM, irá afetar também a auto-estima, surgindo sentimentos de baixa confiança, e de incapacidade para atrair alguém e até mesmo de manter algum tipo de relacionamento. No entanto, ainda continuará a existir o interesse sexual e a necessidade emocional de reafirmar laços afetivos e sexuais (MAIOR, 2001).

TABELA 2: Distribuição dos 19 pacientes com TRM no CRANESP, quanto ao estado civil, Campina Grande- PB, 2009.

Estado Civil	n	%
Solteiro	08	42
Casado	09	48
Divorciado	01	5
União Estável	01	5
Total	19	100

No que se refere ao tempo de lesão, verifica-se na Tabela 3 que 79% dos pacientes tem menos de 5 anos do trauma, e 21% dos pacientes tem de 6 ou mais anos. É importante saber que o tempo de lesão tem influência direta no grau de disfunção orgânica e sexual (SUAID et al. 2005).

TABELA 3: Distribuição dos 19 pacientes com TRM no CRANESP, quanto ao tempo de lesão, Campina Grande - PB, 2009.

Tempo de Lesão (Anos)	n	%
Menos de 5	15	79
06-10	02	11
11-20	01	5
21-30	01	5
Total	19	100

De acordo com a presença de filhos, 84% dos pacientes possuem filhos e 16 % restante relataram não ter filhos. Para Schmitz (2004), no sexo masculino, a capacidade reprodutiva

será afetada no TRM, devido ao comprometimento da espermatogênese e da inabilidade para ejacular, já no sexo feminino, o potencial para concepção permanecerá preservado (TABELA 4).

TABELA 4: Distribuição dos 19 pacientes com TRM no CRANESP, quanto a presença de filhos, Campina Grande - PB, 2009.

Filhos	n	%
Sim	16	84
Não	03	16
Total	19	100

Com relação a essa questão, vê-se que os aspectos sexuais ainda não são evidenciados na reabilitação destes pacientes, pois observou-se que 68 % dos pacientes relataram que a sexualidade nunca foi trabalhada na sua reabilitação, 16% disseram que foi bastante trabalhada e o restante, 16 % relataram que foi trabalhada algumas vezes (TABELA 5).

Schmitz (2004) afirma que a orientação sexual é muito importante e deveria ser rotina no processo de reabilitação destes pacientes, proporcionando esclarecimentos quanto às suas capacidades para uma rápida readaptação a sua nova condição, e Lianza e colaboradores (2001) complementam que essa orientação deve incluir o(a) parceiro(a). Mas uma explicação para essa escassez da abordagem sexual na reabilitação, segundo o autor citado anteriormente, é que apesar dos profissionais da saúde começarem a despertar para este aspecto, os estudos acerca da sexualidade ainda são bastante recentes, principalmente em se tratando do paciente com TRM.

TABELA 5: Distribuição percentual de 19 pacientes no CRANESP, com TRM quanto a abordagem da sexualidade na sua reabilitação, Campina Grande - PB, 2009.

Abordagem Sexual	n	%
Sim, bastante	03	16
Algumas vezes	03	16
Não	13	68
Total	19	100

Verificou-se que 95 % dos pacientes afirmam que na reabilitação deveria existir esclarecimentos e orientações acerca da sexualidade e apenas 5% não foram favoráveis. Esses dados revelam tanto a carência com relação ao aspecto da sexualidade, como também o desconhecimento da nova situação na qual estes se encontram inseridos. Pode-se dizer ainda, que esse interesse na questão da sexualidade, também demonstra a sua importância na vida destes pacientes. Suaid e colaboradores (2005) relatam que aos poucos os próprios pacientes com TRM têm solicitado aos profissionais da saúde, ajuda neste aspecto, fazendo com que esses profissionais despertem para uma maior atenção nesta área (GRÁFICO 2).

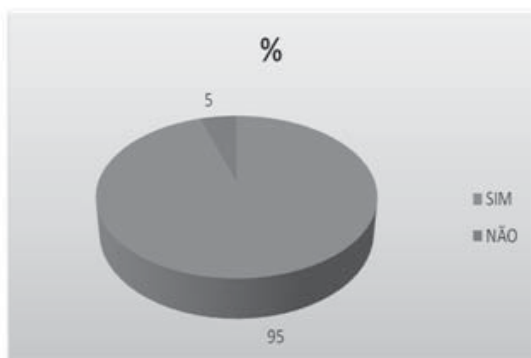


GRÁFICO 2: Representação percentual das respostas dos 19 pacientes do CRANESP, com TRM, quanto a necessidade de incluir na reabilitação a abordagem sexual, Campina Grande – PB, 2009.

Ao serem questionados se algum profissional da saúde já teria conversado sobre a sexualidade após a lesão, os dados revelam que 21% já havia conversado bastante com algum profissional da saúde, 16% pouco e que 63% nunca conversaram. Dentre os profissionais que foram apontados, encontramos o médico citado quatro vezes e o fisioterapeuta citado três vezes (GRÁFICO 3).

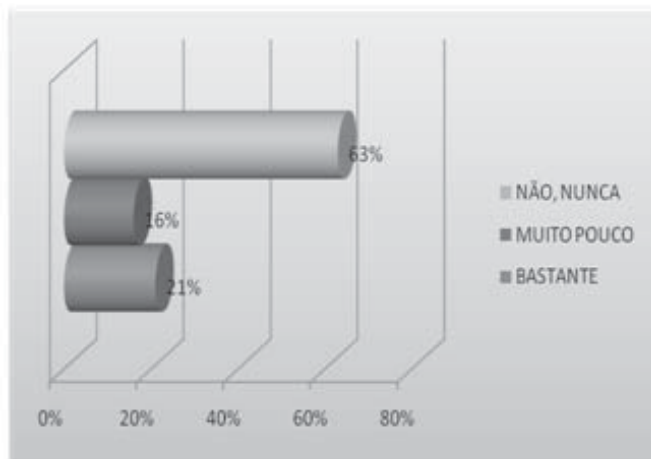


GRÁFICO 3: Representação percentual de 19 pacientes com TRM, no CRANESP, quando questionado se algum profissional da saúde teria conversado sobre sua sexualidade após a lesão, Campina Grande – PB, 2009.

Verificou-se no Gráfico 4 que 69% dos pacientes relataram a sua dúvida com relação a sua situação, afirmando que gostariam de ajuda. O restante se dividiu entre 5% que apesar de apresentar dúvidas, não demonstraram o interesse em discutir o assunto, e 26% não apresentaram dúvidas. Embora a lesão medular tenha levado a alteração da função sexual destes indivíduos, persiste a necessidade de envolvimento afetivo, emocional e sexual, por isso, a importância do indivíduo com lesão medular ter conhecimento de suas capacidades para uma melhor readaptação sexual. É comum estes pacientes se sentirem incompletos, com dificuldade de aceitação da sua nova condição, por isso a importância de três áreas relacionadas a sexualidade passarem por um processo de readaptação: imagem corporal, auto-estima e identidade sexual (SALIMENE, 1995).

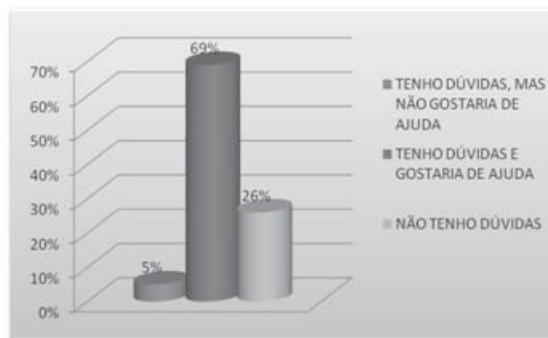


GRÁFICO 4: Representação percentual de 19 pacientes com TRM, no CRANESP, que apresentam ou não dúvidas sobre a sua sexualidade após a lesão, Campina Grande–PB, 2009.

No que diz respeito à atividade sexual antes da lesão, 100% dos entrevistados já eram ativos sexualmente. A limitação física pode mudar significativamente a vida dos indivíduos sexualmente ativos, até o ponto em que suas metas e planos de vida deixem de ser compatíveis com a do (a) parceiro (a), como eram antes da lesão. Daí vem o medo em desapontar sexualmente o (a) parceiro (a), devido a um medo maior em ser trocado por uma pessoa sem limitação física (SIPSKI; ALEXANDER, 2002).

Com relação à atividade sexual após a lesão detectou-se que 36% já se relacionaram sexualmente após a lesão. Do restante, 32% relataram q nunca tentaram se relacionar sexualmente após a lesão e 32% relataram que tentaram, mas não obtiveram (GRÁFICO 5). Após o TRM surgem alterações significativas da função sexual ou até mesmo limitações físicas que interferirão na capacidade de iniciar e completar a relação sexual (MAIOR, 2001).

As justificativas de alguns pacientes que nunca tentaram, foram as seguintes: falta de sensibilidade; não está namorando ninguém e nem procurou; sente dores; “por enquanto quero tratar da minha saúde”; outro recusou a falar o motivo. Dos que tentaram, mas não obtiveram êxito as justificativas que obtivemos foram: dificuldade de manter a ereção; dificuldade em achar uma posição; cansaço; o(a) parceiro(a) teve medo de me machucar; outros. Segundo Salimene (1995) existem algumas barreiras que dificultarão a relação sexual, entre elas a imobilidade, problemas de sensibilidade genital, dificuldade de alcançar e manter a ereção e a fadiga.

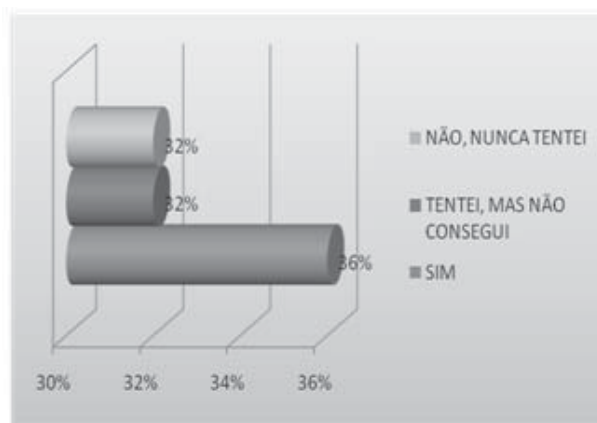


GRÁFICO 5: Distribuição dos 19 pacientes do CRANESP, com relação à atividade sexual após a lesão medular, Campina Grande–PB, 2009.

Para a sexualidade, apenas 5% relataram que eram bem resolvidos com essa questão, 32% relataram que eram indi-

ferentes a sua sexualidade e com uma maior incidência, 63% relataram que tinham dúvidas e que precisavam de ajuda. Não é raro indivíduos com TRM se sentirem pessoas assexuadas, negando a si mesmas o direito a sexualidade (GRÁFICO 6).

Entendendo a sexualidade no seu sentido amplo e observando a sua importância na vida de um indivíduo, evidenciamos que apesar da presença das alterações da função sexual, a sexualidade permanece após a lesão da medula espinal, fazendo-se necessário um acompanhamento sexual na reabilitação destes pacientes. Essa abordagem auxiliará o paciente no conhecimento acerca das suas capacidades, para que esse possa aprender a conviver com a sua limitação expressando melhor a sua sexualidade. A reconstituição da identidade sexual contribui para o reequilíbrio da sua personalidade e melhora da sua auto-estima (SALIMENE, 1995).

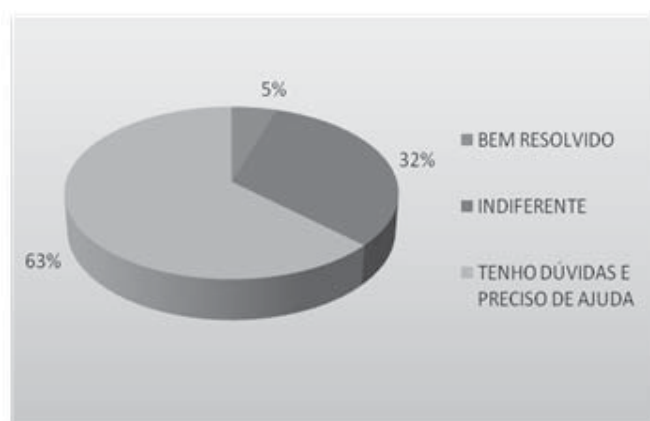


GRÁFICO 6: Distribuição dos 19 pacientes com TRM, do CRANESP, quanto a sua sexualidade, Campina Grande – PB, 2009.

De acordo com Forattini (1991), os fatores determinantes da qualidade de vida, podem ser subdivididos nas seguintes categorias: Orgânica (inclui dados sobre saúde e estado funcional); Psicológica (soma uma gama de informações, onde se pretendem discutir dados sobre a identidade, auto-estima e aprendizado); Comportamental (hábito de vida profissional e de lazer); Social (relacionamento, privacidade, sexualidade); Estrutura (posição social e significado da própria vida); Material (engloba dados referentes economia conjuntamente com as categorias social e estrutural).

Em relação ao questionário sobre a qualidade de vida, obtivemos os seguintes resultados quando abordamos sobre como o paciente avaliaria sua qualidade de vida: 10% dos entrevistados responderam que é ruim; 58% nem ruim, nem boa e 32% boa (TABELA 6).

TABELA 6: Distribuição percentual de 19 pacientes com TRM, do CRANESP, avaliados segundo a sua qualidade de vida, Campina Grande – PB, 2009.

Avaliação da qualidade de vida	n	%
Muito ruim	-	-
Ruim	02	10
Nem ruim, nem boa	11	58
Boa	06	32
Muito boa	-	-
Total	19	100

Rocha (1991), afirma que a partir da estigmatização, o deficiente físico compreende seu corpo enquanto objeto de vergonha ao experimentar incapacidades em relação ao padrão vigente de produtividade, afetivi-

dade e sexualidade. Os atributos desabonadores parecem-lhes naturais, sente pena de si, raiva do mundo como se o mesmo os tivesse levado à fatalidade, sem, no entanto, compreenderem a lógica das relações que se instauram sobre a sua diferença. Quanto à aceitação da aparência física, 5% relatam não aceitar em nada; 10% aceitam completamente; 27% aceitam muito e 58% relataram médio (GRÁFICO 7).

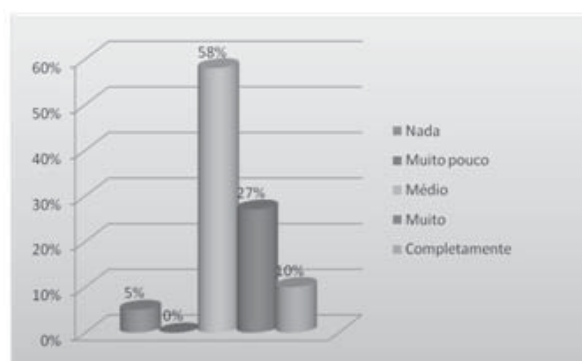


GRÁFICO 7: Distribuição percentual de 19 pacientes no CRANESP, com TRM, quanto à aceitação da aparência física, Campina Grande – PB, 2009.

Quanto às oportunidades de atividades de lazer, apresentaram-se no Gráfico 8 com 21% dizendo nada; 48% muito pouco; 5% disseram médio e 26% relataram ter muito (GRÁFICO 8).

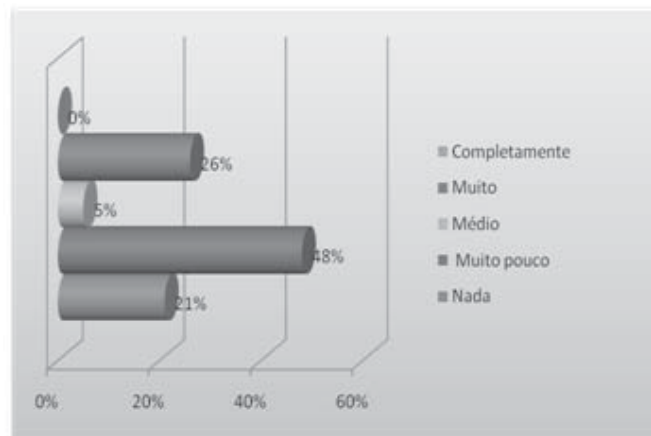


GRÁFICO 8: Distribuição percentual de 19 pacientes no CRANESP, com TRM, quanto às oportunidades de atividades de lazer, Campina Grande –PB, 2009.

Em relação à satisfação da capacidade para trabalhar, os dados especificam que a maioria 53% se encontravam insatisfeito; 21% estavam muito insatisfeito; 16% disseram está satisfeito e o restante foram distribuídos em 5% nem satisfeito, nem insatisfeito e 5% muito satisfeito (TABELA 7).

TABELA 7: Representação percentual das respostas dos 19 pacientes do CRANESP, com TRM, quanto à satisfação com a capacidade para trabalhar, Campina Grande – PB, 2009.

Satisfação com a capacidade para trabalhar	n	%
Muito insatisfeito	04	21
Insatisfeito	10	53
Nem satisfeito, nem insatisfeito	01	05
Satisfeito	03	16
Muito satisfeito	01	05
Total	19	100

No que diz respeito à satisfação ao apoio de seus amigos, 16% insatisfeito; 10% relataram nem satisfeito, nem insatisfeito;

10% muito satisfeito e 64% estavam satisfeito (TABELA 8).

TABELA 8: Distribuição percentual de 19 pacientes no CRANESP, com TRM quanto a satisfação com o apoio dos amigos, Campina Grande – PB, 2009.

Satisfação com o apoio dos amigos	n	%
Muito insatisfeito	-	-
Insatisfeito	03	16
Nem satisfeito, nem insatisfeito	02	10
Satisfeito	12	64
Muito satisfeito	02	10
Total	19	100

Em relação às respostas quanto à satisfação ao acesso aos serviços de saúde, 10% disseram está muito insatisfeito; 5% muito satisfeito; 37% nem satisfeito, nem insatisfeito e com maioria, 48% responderam que estavam satisfeitos (TABELA 9).

TABELA 9: Distribuição percentual de 19 pacientes no CRANESP, com TRM quanto a satisfação ao acesso aos serviços de saúde, Campina Grande – PB, 2009.

Satisfação ao acesso aos serviços de saúde	n	%
Muito insatisfeito	02	10
Insatisfeito	-	-
Nem satisfeito, nem insatisfeito	07	37
Satisfeito	09	48
Muito satisfeito	01	05
Total	19	100

De acordo com a frequência de sentimentos negativos, 10% sempre têm sentimentos negativos; 5% frequentemente; 69% responderam que algumas vezes; já 16% relataram nunca terem esses sentimentos (GRÁFICO 9).

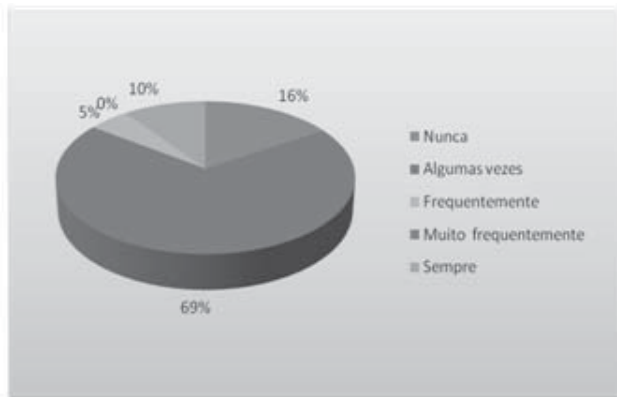


GRÁFICO 9: Distribuição percentual de 19 pacientes no CRANESP, com TRM, quanto a frequência de sentimentos negativos, Campina Grande –PB, 2009.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A expressão “Qualidade de Vida” na sua abrangência aplica-se ao indivíduo saudável e se relaciona com o seu grau de satisfação com a vida nos seus vários aspectos que a integram: moradia, transporte, lazer, satisfação/realização profissional, vida sexual e amorosa, relacionamento com outras pessoas, liberdade, autonomia e segurança financeira.

O TRM afeta o indivíduo de forma brusca, trazendo consigo mudanças radicais em todas as áreas da sua vida, na área profissional, nos seus relacionamentos, na vida afetiva, como também na área da sexualidade, pois devido à lesão, ocorre o comprometimento das funções motoras, sensitivas e autonômi-

cas abaixo do nível da lesão. Falar da sexualidade do indivíduo com TRM ainda gera muito tabu e preconceito, pois grande parte da sociedade associa a lesão medular à perda da sexualidade e da função sexual, ou seja, a concepção preconceituosa do deficiente como um ser assexuado. Apesar da ocorrência das alterações na resposta sexual, não se torna obrigatório que aspectos da sexualidade como fertilidade e prazer, estejam necessariamente excluídos de suas vidas.

Esta problemática também atinge os próprios profissionais da área de saúde, que geralmente deixam a área da sexualidade excluída da reabilitação global do lesado medular, restringindo a sua atuação ao tratamento de problemas motores e na prevenção de suas complicações.

No levantamento realizado, observou-se que realmente a sexualidade é uma área importante na vida deste indivíduo com lesão medular, onde sua grande maioria demonstrou não está adaptado às alterações da função sexual, pois um número significativo de pesquisados manifestou que apresentam dúvidas na manutenção da sua sexualidade, necessitando de ajuda, e que gostariam que essa abordagem fosse incluída na sua reabilitação.

Contudo, apesar da importância da sexualidade, evidenciou-se que essa questão ainda é raramente discutida e abordada no processo de reabilitação destes pacientes, refletindo muitas vezes, a falta de preparo do profissional de saúde para tratar desse assunto. Devido a esta problemática, estes pacientes têm permanecido com suas idéias errôneas com relação a sua sexualidade, e até mesmo com dúvidas.

Com o término desta pesquisa fica claro entender a importância e a necessidade da sexualidade na vida de um indivíduo, não sendo diferente a uma pessoa com limitação física, com comprometimento da função sexual, como é o caso da amostra deste estudo.

O presente trabalho permitiu conhecer a avaliação da qualidade de vida de pessoas com TRM, como também a sexualidade nos mesmos. Espera-se que esse conhecimento permita uma valorização das percepções dessa população em relação às diversas áreas de sua vida e, desse modo, aspectos prioritários para o tratamento e reabilitação possam ser identificados e alcançados. Além disso, espera-se criar mais redes de apoio social para propiciar a inclusão social, otimizar o desempenho das políticas de saúde e promoção da saúde, e um envolvimento maior da sociedade na busca de ações que melhorem a qualidade de vida desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

AMÂNCIO, E.I.; SETTANNI, F. Traumatismo raquimedular tóraco-lombar. Rev.Bras.Med., v. 47, n.7, p.290-300, 1990.

ASIA, impairment scale. Disponível em: http://www.asia-spinalinjury.org/publications/2001_classification_workshett.pdf. Acesso: em 13 de Setembro de 2009.

ATRICE, M. Lesão Medular Traumática. In: UMPHRED, D. Reabilitação Neurológica. 4. ed. Barueri, SP: Editora Manole, 2004.

BATTISTELLA, L. R. A Sexualidade Expressando Vida. In: SALIMENE, A. C. Sexo: Caminho Para a Reabilitação. São Paulo: Cortez, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informação e Informática do SUS. Número de Internações Hospitalares por causas externas no ano de 2003 e número de mortes por

trauma no ano de 2001. São Paulo: DATASUS, 2004. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso: 20 de Maio de 2009.

BURNETT, A. L. Anatomia do Pênis. In: TELOKEN, C.; DAROS, C.; TANNHAUSER, M. Disfunção Sexual. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

CASALIS, M. E. P. Lesão Medular: Sexualidade e Função Sexual. Revista Reabilitar, ano 2, n.3, p. 21-25, 2 TRIMESTRE, 1999.

DELISA, J. A. et al. Tratado de medicina de reabilitação: princípio e práticas. 3.ed. Vol I e II. Barueri: Manole, 2002.

FARO, A.C.M. Estudo das alterações da função sexual em homens paraplégicos. São Paulo, 1991. 98 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1991.

FERREIRA, A.B. de H. Novo Dicionário Aurélio. 2 ed., Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.

FORATTINI, O.P. Qualidade de vida e meio urbano: a cidade de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde Públ. São Paulo, v. 25, n.2, p.75-86, 1991.

GIL, A. C. Como Elaborar Projetos e Pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GREVE, J. M. D'Andrea; CASALIS, M.E.P; BARROS FILHO, T.E.P. Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinal. São Paulo: Roca, 2001.

HOUAISS, Antônio. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa: Rio de Janeiro, Objetiva, 2001.

KRUSEN, J. F. Tratado de Medicina de Reabilitação. São Paulo, Manole, cap. 47, p. 917-34, 1986.

LIANZA, S. et al. Medicina de Reabilitação. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LIANZA, S.; SPOSITO, M.M.M. Reabilitação: a locomoção em pacientes com lesão medular. São Paulo, Sarvier, 1994.

MACHADO, A. B. M. Neuroanatomia Funcional. 2ª Ed.; Rio de Janeiro : Livraria Atheneu, 2000.

MAIOR, I. M. Disfunção Sexual. In: GREVE, J.M.; CASALIS, M.E.; BARROS FILHO, T.E.; Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinal. São Paulo: Roca, 2001.

MANCUSSI, Ana Cristina. Assistência ao binômio paciente/família na situação de lesão traumática da medula espinal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v.6, n.4, p. 67-73, 1998.

MANN, P.J., CHAD, K.E. Components of quality of life for persons with a quadriplegic and paraplegic spinal cord injury. Qualitative health research. 2001 Nov;11(6):795-811.

MAROTTA, J. T. Lesões Medulares. MAROTTA, J. T. et al. In: Merrit Tratado de Neurologia. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

OLIVEIRA, T. R. B. Ajustamento Psicossocial em pacientes com Lesões Traumáticas do Sistema Nervoso Central. Tese de Doutorado, Campinas SP, 06 de fevereiro de 2004.

PEIXOTO, et al. Lesão medular: estudo do potencial evocado como recurso prognóstico e comparação entre o tratamento de estimulação elétrica neuromuscular e a fisioterapia convencional. Rev. Fisioterapia Brasil, vol. 4, nº 1, pp. 17-23, 2003.

PINEL, A. Mitos sobre sexualidade e deficiência. In: CAVALCANTI, R.C. ; VITIELLO, N.(ed.) Sexologia – I: textos do 1º Encontro Nacional de Sexologia. São Paulo, Femina Livro, 1984.

ROCHA, E.F. Corpo deficiente: em busca da reabilitação? Uma reflexão a partir da ótica das pessoas portadoras de deficiência física. São Paulo, 1991, 301 p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

SALIMENE, A. C. Sexo: Caminho Para a Reabilitação. São Paulo: Cortez, 1995.

SANTOS, L.C.R. dos. Lesão traumática da medula espinal: estudo retrospectivo de pacientes internados no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo entre 1982-1987. São Paulo, 1989. 102 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SCHMITZ, T. J. Lesão Medular Traumática. In: O' SULLIVAN, S. B., SCHMITZ, T. J. Fisioterapia: Avaliação e Tratamento. 4 ed. Barueri, SP: Manole, 2004.

SCHNEIDER, F. J. Lesão Medular Traumática. In: UMPHRED, D. A. Fisioterapia Neurológica. 2 ed. São Paulo: Manole, 1994.

SIPSKI, M. L.; ALEXANDER, C. Sexualidade e Incapacidade Física. In: DELISA, J. A. Tratado de Medicina e Reabilitação Princípios e Prática. 3 ed. v. 2. São Paulo: Manole, 2002.

SOUZA, R.C; DIAS, A; SCATENA, M.C.M. Reabilitação: uma análise do conceito. Nursing. 2001;4 (34):26-30. Edição brasileira.

SPÓSITO, M.M.de M. et al. Paraplegia por lesão medular: estudo epidemiológico em pacientes atendidos para reabilitação. Rev. Paul. Med., v.104, n. 4, p. 196-202, 1986.

SUAID et al. Disfunção miccional no traumatismo raqui-medular. In: João Luiz Amaro; Jorge Milhem Haddad; José Carlos Souza Trindade; Ricardo Muniz Ribeiro. (Org.). Reabilitação do assoalho pélvico. 1ª ed. São Paulo: Segmentofarma, 2005, v. 1, p. 05-328.

TORTORA, Gerard J. Corpo Humano: fundamentos de anatomia fisiologia. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Análise Da Qualidade De Vida Em Trabalhadores Após Intervenção Ergonômica De Conscientização

Analysis Of The Quality Of Life Of Laborers After An Ergonomics Awareness Intervention

Fabio Ribeiro do Nascimento¹, Bruna Gabriele Frankowiak², Lanieli Midori Fuji³

RESUMO

A ergonomia é um conjunto de conhecimento científico que visa à ciência e a tecnologia onde procura a adaptação confortável e produtiva entre o ser humano e seu trabalho, com o objetivo de adaptar as condições de trabalho as características do ser humano. Focada na conscientização, entra de forma positiva na prevenção das Doenças Osteomusculares Relacionado ao Trabalho (DORT), atuando nos problemas que não foram completamente solucionados, nem na fase de concepção e correção. O estudo foi realizado em uma empresa de soluções hidráulicas, com duração 3 meses, através de uma ferramenta de avaliação de qualidade de vida, o SF-36, onde se avaliou a capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Foi aplicado um programa de conscientização postural que abordava os temas: biomecânica da coluna vertebral e as influências que o meio ambiente exerce nas atitudes e hábitos desenvolvidos e adotados pelos indivíduos. Os resultados foram positivos nas questões que interferem diretamente na produtividade como capacidade funcional do colaborador, aspectos físicos, dor, vitalidade e aspectos emocionais. Observamos a importância dos programas de prevenção à saúde do trabalho, onde gera uma melhoria da qualidade de vida dos mesmos e conseqüentemente um aumento da produção e uma diminuição dos índices de afastamento da empresa.

Palavras-chave:

Qualidade de vida; Ergonomia; Programa de conscientização postural.

INTRODUÇÃO

A ergonomia é um conjunto de ciências e tecnologias que procura a adaptação confortável e produtiva entre o ser humano e seu trabalho, com o objetivo de adaptar as condições de trabalho as características do ser humano¹. Sendo classificada de três formas, ergonomia de concepção, ergonomia de correção e ergonomia de conscientização, sendo definidas como: A ergonomia de correção é aquela que procura resoluções para problemas existentes para resolver problemas que se refletem na segurança, na fadiga excessiva, nas doenças do trabalhador ou

ABSTRACT

Ergonomics is the scientific discipline concerned with the science and technology to comfortably and productively adapt human beings to their work by designing the working conditions in function of the human characteristics. Ergonomic awareness has a positive influence on the prevention of repetitive strain injury (RSI), where the ergonomic problems have not been fully solved, neither in its design nor in its correction. This study was conducted in a hydraulic solutions company, over a 3 month period, using a tool, the SF-36, to evaluate the quality of life. This tool assesses the functional capacity, physical aspects, pain, general state of health, vitality, social and emotional aspects and mental health. A human position awareness program was presented dealing with the following themes: biomechanics of the spine and the influence of the environment on the attitudes and habits developed and adopted by individuals. The results were positive concerning the issues that interfere directly with the productivity such as the functional capacity of the laborer, physical aspects, pain, vitality and emotional aspects. We acknowledged the importance of preventive work health programs, which generate an improvement of the laborer's quality of life and, therefore, an increase in production and a reduction in absence from the workplace.

Keywords:

Quality of life; Ergonomics; Human position awareness program.

na quantidade e qualidade da produção, a ergonomia de concepção que ocorre quando a contribuição ergonômica se faz durante a fase inicial do projeto e a ergonomia de conscientização que é a busca de programas de reciclagem ou cursos onde visa orientar o trabalhador a forma mais segura de trabalhar^{1,2,5}.

A ergonomia de conscientização tem o objetivo de solucionar e prevenir problemas ergonômicos que não foram completamente solucionados, nem na fase de concepção e correção. Portanto é importante conscientizar o trabalhador através de treinamentos e freqüentes reciclagens, ensinar o trabalhador a se portar e utilizar da melhor forma seu ambiente de trabalho¹.

“Uma parte muito importante de um programa de pre-

1. Fisioterapeuta, Especialização em Fisioterapia do Trabalho pelo Colégio Brasileiro de Estudos Sistêmicos (CBES) Joinville SC - e-mail: fabio@ergolifeonline.com.br

2. Acadêmica do curso de Fisioterapia pela Faculdade Guilherme Guimbala da Associação Catarinense de Ensino Joinville - SC - e-mail: brunagabriele@hotmail.com

3. Acadêmica do curso de Fisioterapia pela Faculdade Guilherme Guimbala da Associação Catarinense de Ensino Joinville - SC - e-mail: lany_fisio@hotmail.com

Recebido: 12/2009

Aceito: 03/2010

Autor para correspondência: Fabio Ribeiro do Nascimento, Bruna Gabriele Frankowiak, Lanieli Midori Fuji

E-mail: fabio@ergolifeonline.com.br/ brunagabriele@hotmail.com

lany_fisio@hotmail.com

venção é o treinamento/capacitação das pessoas a respeito dos princípios básicos da ergonomia e do uso do seu próprio corpo nas situações cotidianas do trabalho e fora dele. Isto pode ser alcançado através de palestras de conscientização. Porém, estas têm que ser aplicáveis ao cotidiano e se possível com dinâmica para a percepção das informações serem mais aproveitadas ao máximo².

Os programas de qualidade de vida, não devem incluir apenas a prática regular de exercícios durante a jornada de trabalho, pois a obtenção de resultados mais significativos, tanto no nível coletivo como no individual, é conseguido de modo mais eficaz quando esses exercícios são acompanhados por análises ergonômicas, antropométricas, posturais e biomecânicas³.

“A melhoria da qualidade de vida no trabalho não ocorre sem a participação e o envolvimento dos colaboradores.”⁴. Sendo assim os programas de prevenção a saúde devem ser bem elaborados, de forma descontraída, para que haja envolvimento dos trabalhadores, de forma, com que ocorra uma melhora significativa na qualidade de vida e na prevenção de patologias ocupacionais.

As empresas vêm buscando novas tecnologias que favoreçam o aprimoramento dos processos produtivos e economia e com isso vem à preocupação com a saúde dos funcionários. A promoção a saúde do colaborador já é uma realidade em muitos setores produtivos, que comprovam ser possível oferecer qualidade de vida a seus funcionários ao mesmo tempo e que são gerados benefícios reais para a empresa³.

Considerando que o fisioterapeuta tenha um papel de grande responsabilidade devido a tantas possibilidades de modalidades de movimentação corporal existentes, um programa de conscientização ergonômica tem um papel importante, com o intuito de conscientizar o colaborador com a postura correta e uma melhor utilização de seu ambiente de trabalho.

“A fisioterapia preventiva e profilática vem a ser um conjunto de ações que visam, fundamentalmente, atuar na amenização das causas das dores e desconfortos no trabalho. Quando se trata de distúrbios ocupacionais, a fisioterapia vem a ser um complemento da ergonomia na orientação de posturas e movimentos mais funcionais e menos críticos a serem adotados durante as atividades de trabalho. As orientações devem ser individuais, considerando o *modus operandi** de cada trabalhador, assim como orientações para a prática de exercícios preventivos e compensatórios que permitam o relaxamento das estruturas músculo-esqueléticas mais utilizadas. É imprescindível que o fisioterapeuta, em qualquer que seja a abordagem preventiva, estimule constantemente a percepção corporal e a consciência postural, pois o sucesso das demais estratégias dependerá, essencialmente, da importância e da compreensão que o indivíduo tem do seu corpo”⁷.

Qualquer programa preventivo ter sucesso é necessário realizar um trabalho educacional que enfatize a postura corporal, considerando a biomecânica da coluna vertebral e as influências que o meio ambiente exerce nas atitudes e hábitos desenvolvidos e adotados pelos indivíduos⁵.

Quando se fala no processo de educação, prevenção e conscientização, deve-se ser dado grande ênfase quanto as orientações sobre a postura do colaborador em seu posto de trabalho. Os vícios que devem ser evitados são: ficar com os pés sem apoio, sentar na ponta da cadeira ou em posição semi-sentada, permanecer por muito tempo com as pernas cruzadas, evitar permanecer em apenas uma

posição (bipedestação ou sedestação) por longos períodos, realizar rotações excessivas do corpo sobre a mesa².

Com intuito de prevenir as futuras alterações posturais, e de reduzir o agravamento das já existentes, além de aumentar o rendimento nos postos de trabalho, é de fundamental importância um estudo sobre o posto de trabalho, que detecte os principais desconfortos posturais, fornecendo subsídios para que se possa sugerir mudanças, adaptando ergonomicamente o posto de trabalho ao trabalhador. De maneira geral, na concepção dos postos de trabalho não se leva em consideração o conforto do trabalhador na escolha da postura de trabalho, mas sim as necessidades da produção⁸.

A postura pode ser definida como o arranjo relativo das partes do corpo no espaço, tendo como critério de boa postura a presença de equilíbrio entre as estruturas de sustentação. A execução de uma atividade no trabalho estabelece um compromisso entre a adoção de uma postura corporal e as exigências da tarefa a ser cumprida. Dessa forma, se houver inadequações entre a postura e as características da atividade desenvolvida surgem perda da eficiência da atividade desenvolvida e/ou da presença de alterações posturais. Qualquer atividade motora relacionada ao trabalho seja pequenos, amplos, leves, intensos, que produzem a maneira característica pela qual uma pessoa distribui o seu peso no espaço para o cumprimento da tarefa^{9,13,14}.

As características do corpo humano é ser dinâmico, adotando as mais diversas posições para os diversos fins. Mesmo estando em posição estática, o corpo sofre diversas alterações de postura. Contudo, a busca do conforto e funcionabilidade induzem a constantes variações na postura, para a realização das atividades, estando o indivíduo em posição sentada ou ereta. A partir do momento que o funcionário passa a adotar uma má postura formando vícios posturais, durante a atividade e realizando-as de forma repetitiva por um longo período, ele passa a estar propenso a desenvolver distúrbios osteo-musculares, sendo que o primeiro sinal do distúrbio é a dor, podendo avançar para retrações musculares, rigidez articular e desvios posturais^{9,13,14}.

A posição ortostática ou em pé gera esforço estático dos músculos do quadril, joelho e tornozelo gerando fadiga muscular por contração constante, bem como dificuldades de retorno venoso causando varizes, edema. A posição sentada promove maior pressão sobre os discos intervertebrais lombares provocando problemas de desgaste articular, enfraquecimento dos músculos abdominais, aumento da cifose torácica. A postura dos membros superiores merece atenção especial sempre que for utilizada acima do nível dos ombros, pois exigem demasiadamente dos músculos ao redor da cintura escapular, ocasionando fadiga e favorecendo sintomas algícos^{9,13,14}.

Na tentativa de implantar um programa de conscientização ergonômica com o objetivo de analisar, se haverá ou não, uma melhora na qualidade de vida dos colaboradores da linha de montagem de uma empresa de soluções hidráulicas devido a não possuírem os programas de conscientização ergonômica. Sendo que “uma informação apenas no nível falado, é aproveitada em 5%, no sentido que as pessoas lembrarão-se do que foi dito. Já, se aplicarmos essas informações de modo que as pessoas correlacionem-as ao seu dia-a-dia, aumentando de 20% a 40% a probabilidade de lembranças e aplicação destes ensinamentos e por fim, se proporcionarmos certa aplicação prática através de vivências/percepções corporal, estes ensinamentos serão lembrados e aplicados por 60% a 80% dos participantes no seu dia-a-dia”²². Com o intuito de orientar os colaboradores a uma melhor postura e uma melhor utilização do seu ambiente

* *Modus operandi* é uma expressão em latim que significa “modo de operação”.

de trabalho, principalmente das indústrias onde necessitam de uma adequação estratégica da inserção de suas atividades, sem perturbar o processo de produção.

MATERIAIS E MÉTODOS

Procedimentos

A pesquisa foi realizada em campo, o estudo contou com uma amostra de 20 colaboradoras de uma empresa de soluções hidráulicas, sendo todas elas do sexo feminino, com duração de três meses, onde duas funcionárias foram suspensas devido não estarem mais presentes na empresa.

No mês de abril de 2009 foi iniciado com a explanação do projeto para a empresa e os colaboradores onde houve um termo de consentimento assinado pelos mesmos sendo optativa a escolha da participação do projeto e preservando o direito do anonimato e sigilo dos colaboradores e da empresa. A aplicação do Questionário SF-36 para a avaliação da qualidade de vida, foi aplicado antes e depois do programa de conscientização postural onde aborda os temas: biomecânica da coluna vertebral e as influências que o meio ambiente exerce nas atitudes e hábitos desenvolvidos e adotados pelos indivíduos com duração máxima de 1 hora a cada dupla. Foram realizadas aulas demonstrativas para conscientização da postura e melhor utilização do seu ambiente de trabalho e cuidados nas tarefas domésticas. No mês de maio e junho de 2009 foram realizadas semanalmente todas as segundas feiras e sextas feiras um processo de enfatizar a conscientização postural individualmente, in loco. No final de junho de 2009 foi o término do programa realizando novamente o questionário SF-36 para a análise dos resultados.

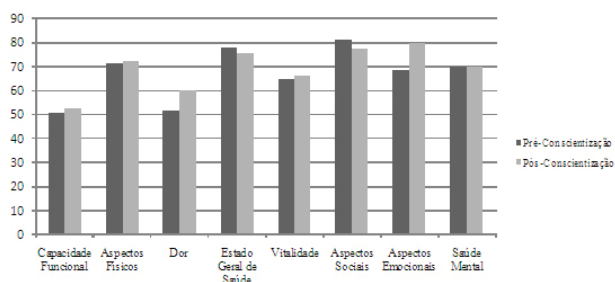
Instrumentos da pesquisa

Foi utilizado o Questionário SF-36 que se compõem de 36 questões de se limitam em avaliar os seguintes itens: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental¹¹. Com o intuito de avaliar a qualidade de vida dos trabalhadores, pois é uma ferramenta capaz de abordar temas que envolvem a qualidade de vida das colaboradas.

RESULTADOS

Conforme as amostras de 18 colaboradoras de uma empresa de soluções hidráulicas obteve-se resultados demonstrados no Gráfico 1.

Gráfico 1: Média geral dos resultados, pré e pós aplicação do programa de conscientização postural.



Pode-se observar que houve melhora na capacidade funcional com um aumento de 2,22 %, aspectos físicos com 1,39%, dor com 8,72%, vitalidade com 1,67% e aspectos emocionais com uma melhora de 11,12%. Levando em consideração que os itens, acima já citados, interferem de forma positiva na capacidade das colaboradoras em realizar suas atividades laborais e pessoais.

Nas questões de estado geral de saúde, aspectos sociais e saúde mental, em que apresentaram resultados negativos de -2,39%, -3,75, -0,44% respectivamente, deve-se levar em consideração que fatores externos podem ter interferido de formas negativa em determinados aspectos que foram avaliados¹².

Acredita-se que, devido a crise econômica que teve início em setembro de 2008 e atingiu seu pico no início de 2009 no Brasil, teve um efeito imediato que foi a baixa das cotações das ações em bolsas de valores, provocada pela venda maciça de ações de especuladores estrangeiros, que se atropelaram para repatriar seus capitais a fim de cobrir suas perdas nos países de origem. As empresas obtiveram os maiores prejuízos com a crise, tendo que reduzir os turnos de trabalho, realizar mudanças de horários dos funcionários e também reduzindo o salário¹⁵.

Com essas mudanças os funcionários se submeteram as novas regras da empresa para não perder seus empregos, onde proporcionou uma mudança em seu ciclo biológico chamado ritmo circadiano que regula todos os ritmos psicológicos do corpo humano, com influência, a digestão, captação de oxigênio, frequência cardíaca ou o estado de vigília, passando pelo crescimento e pela renovação das células, assim como a subida ou descida da temperatura, que transcorre no período de 24 horas, com os valores caindo até seu mínimo durante a noite e subindo durante o dia, alcançando seu pico na parte da tarde¹⁶.

Levando em consideração que a amostra utilizada na pesquisa é somente mulheres, podemos citar que a capacidade muscular das mesmas é aproximadamente equivalente a dois terços de um homem, isso não quer dizer que as mulheres sejam menos aptas que os homens¹. Se através de um programa de conscientização postural, podemos melhorar capacidade funcional, aspectos físicos, dor, vitalidade e aspectos emocionais, que são fatores que interferem diretamente no trabalho, podemos concluir e verificar a importância da ergonomia de conscientização entrando de forma positiva na qualidade de vida das colaboradoras e no aumento da produtividade da empresa.

O resultado mais relevante de forma positiva nas questões do trabalhador/empresa é a dor, onde é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada em termos de lesão tecidual, sendo que muitas vezes a dor pode ser incapacitante, onde se traduzem em sofrimento, incertezas, medo da incapacidade, da desfiguração, preocupação com perdas materiais e sociais, a limitação para a execução das atividades de vida diária, profissionais, sociais e familiares, o comprometimento do sono contribuem para agravar o sofrimento dos que padecem de dor crônica¹². Sendo assim o resultado positivo, de 8,72% no quesito dor, mostrando-nos que se houve melhora no estado geral e físico das colaboradoras, sendo assim, podemos obter bons resultados com palestras educativas e demonstrativas que abordam temas variados onde interferiram na qualidade de vida, e que reflitam para a melhora da produtividade dentro da empresa, no seu ambiente familiar e na sua saúde.

DISCUSSÃO

Autores afirmam que, se conseguirmos sensibilizar e mobilizar uma pequena parcela da população para o problema estará dando o primeiro passo para pequenas modificações que gradativamente desencadearão novas ações que se refletirão no todo. Ao interferirmos em algum ponto da estrutura preestabelecida, por menor que seja, estaremos contribuindo para o início de um processo de modificações de cunho social, cultural e biológico. Sendo assim se faz necessária a continuação de estudos aprofundando as questões que abordam os programas de conscientização do trabalhador, de uma forma geral, para que ocorra uma melhoria na qualidade de vida dos mesmos e um aumento da produtividade dentro da empresa, conseqüentemente trazendo benefícios sócio-econômicos para a comunidade e para o país, gerando reduções de custo na prevenção terciária^{3,2}.

Através da pesquisa, observa-se um bom resultado nas questões que influenciam diretamente na produção, concluiu-se que as empresas devem investir mais em palestras educativas, cursos de reciclagem e programas de prevenção à saúde do colaborador.

Dentre as literaturas pesquisadas pode-se concluir que, a prevenção é uma grande ferramenta para que evite as Doenças Osteomusculares Relacionada ao Trabalho (DORT). Podendo ser uma forma prática e de baixo custo para a redução das queixas de desconforto musculoesquelético.

Levando em conta que as mulheres não se distribuem igualmente em todas as funções. Ao contrário, estão bastante concentradas em atividades de educação, saúde, comércio e trabalho de escritório. Na indústria, a presença delas é maior em setor de alimentos, têxtil e eletrônica. Pode-se dizer que os homens e mulheres podem complementar no trabalho, cada um executando atividades mais adequadas à sua capacidade física, se os homens têm mais força física, as mulheres se adaptam mais facilmente às tarefas que exigem pequenos detalhes e apresentam maior capacidade de adaptação do trabalho repetitivo. Estima-se que, as mulheres, que trabalham por longos períodos e representam 30% da força de trabalho no Brasil. Muitas vezes, as mulheres chegam a se afastar durante 7 anos, período de procriação, mas retornam as atividades quando as crianças vão à escola¹.

A presença do fisioterapeuta na empresa é de grande importância, levando em conta que, o processo de reeducação postural dos hábitos e conscientização do uso das posturas corretas, é de grandes benefícios que se tenha um programa preventivo e de manutenção. Nos casos dos trabalhadores que já apresentam quadros algícos, vale lembrar que, há necessidade de mudança de hábitos sendo necessário acompanhamento e orientações².

A qualidade de vida funciona também como um diferencial no momento de contratar e manter colaboradores. Grandes empresas já fazem uso de atividades e programas de conscientização¹⁰.

CONCLUSÃO

Conforme resultados positivos já listados, os programas de prevenção à saúde do trabalhador contribuem de forma positiva melhorando as questões da qualidade de vida, acarretando então melhora do rendimento laborativo, social, emocional e saúde de maneira geral se fazendo necessária a continuação de

ações ergonômicas preventivas sendo elas, cursos, programas de saúde ao trabalhador e orientações, para que, futuramente os índices de DORTS sejam cada vez menores, promovendo então a saúde do trabalhador e diminuição dos gastos da empresa com trabalhadores afastados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Iida I. Ergonomia Projeto e Produção. 9ª ed. São Paulo: Edgard Blücher; 2003.
2. Baú LMS. Fisioterapia do trabalho: ergonomia, legislação, reabilitação. Curitiba: Cláudio Silva; 2002.
3. Deliberato P. Fisioterapia Preventiva: Fundamentos e Aplicações. São Paulo: Manole; 2002.
4. Lima V. Ginástica Laboral: atividade física no ambiente de trabalho. 3ª ed. São Paulo: Phorte; 2007.
5. Braccialli, LM, Vilarta R. Aspecto a serem considerados na elaboração de programas de prevenção e orientação de problemas posturais. Revista Paulista de Educação Física, São Paulo; 2000.
6. Baú LMS. Intervenção ergonômica e fisioterápica como fator de redução de queixas músculo- esqueléticas em bancários [Dissertação]. Porto Alegre; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005
7. Renner JS. Prevenção de Distúrbios Osteomusculares Relacionado ao Trabalho. Vol.19. Porto Alegre: Boletim da saúde; 2005. [Atado em 2009] URL:www.esp.rs.gov.br
8. Grandjean E. Manual de ergonomia: adaptando o trabalho ao homem. 4ª ed. Porto Alegre: Brookman; 1998.
9. Santos A. Diagnóstico Clínico postural: um guia prático. 5ª ed. São Paulo: Summus; 2006.
10. Silva OAF. Fisioterapia do trabalho, a presença do fisioterapeuta nas organizações empresariais, Itu, São Paulo; 2006.
11. Bettarello P; Saut T. Análise dos resultados do questionário sobre qualidade de vida - SF 36, após aplicação do Lian Gong em 18 terapias e ginástica laboral, em funcionários do setor de editoração do centro universitário Claretiano de Batatas. São Paulo; 2006.
12. Oliveira CR, Filho AC, Silva AM, Araújo AV, Ramalho AM, Rangel AL, et al Manual Prático de Lesões por Esforços Repetitivos. Belo Horizonte-MG: Health; 1998.
13. Calais-Germain B. Introdução a análise das técnicas corporais, São Paulo: Manole; 1991, vol.1.
14. Calais-Germain B. Bases de exercícios, São Paulo: Manole; São Paulo: 1991, vol.2.
15. Mendonça ARR, Prates DM, Carvalho FC, Filho FF, Basílio FAC, Silva GJC. Dossiê da Crise, 2008: [Atado 15/ agosto/2009] www.ppge.ufrgs.br
16. Astrand PO. Tratado de fisiologia do exercício; Rio de Janeiro: Interamericana; 1980.

Assédio Moral Na Enfermagem:

Acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador relatam suas vivências no Exercício profissional enquanto Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Moral Harassment in Nursing:

Academic Course of Nursing, Catholic University of Salvador reported on their experiences in professional practice while Technical and Nursing Assistants

Viviane Silva de Jesus¹, Grácia Myrian Leão Motta Fonseca²

RESUMO

O assédio moral é uma forma de terrorismo psicológico praticada de forma sistemática, que implica em uma atitude hostil e desprovida de ética. Tem sido estudado entre as categorias de Enfermagem, pois a divisão técnica e social do trabalho favorece a postura autoritária da Enfermeira, que em ocasiões intencionalmente e fastidiosa há violação da dignidade do subordinado, o que caracteriza o assédio moral. O estudo é descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Os dados foram colhidos no período de abril a maio de 2009 por meio de uma entrevista semi-estruturada aplicada a vinte Acadêmicos de Enfermagem. Tem como objetivo conhecer as ocorrências do assédio moral por parte dos Enfermeiros vivenciadas pelos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem Acadêmicos da Universidade Católica do Salvador nas Instituições de Saúde no Exercício da Profissão. Os Acadêmicos desconhecem o conceito de assédio moral, apontando apenas características do fenômeno. Contudo, a ocorrência da violência moral é freqüentemente praticada por parte do Enfermeiro para com os mesmos, que em sua maioria não reagem e acabam sofrendo consequências no ambiente de trabalho, socio-familiar e na saúde. Isso mostra a necessidade de uma melhor abordagem sobre a temática na formação do Enfermeiro a fim de possibilitar um melhor relacionamento entre as categorias.

Palavras-chave:

Assédio moral, condições de trabalho, violência, saúde do trabalhador, dignidade, ética, violência na enfermagem.

ABSTRACT

Bullying is a form of psychological terrorism practiced in a systematic way, which implies a hostile attitude and devoid of ethics. Has been studied among the categories of Nursing as the technical and social division of labor favors the authoritarian stance of the RN, which in some cases intentionally and there are tedious violation of the subject, which characterizes bullying. The study is descriptive and exploratory qualitative study. Data were collected during April-May 2009 through a semi-structured interviews with twenty Academic Nursing. Aims to evaluate the occurrences of bullying on the part of nurses experienced by Technicians / Assistants Nursing Academic Catholic University of Salvador in health institutions in the exercise of the profession.

The scholars are unaware of the concept of bullying, pointing only characteristics of the phenomenon. However, the occurrence of moral violence is often practiced by the nurse toward them, which usually do not react and end up suffering consequences in the workplace, social and family and health. This shows the need for a better approach on the issue of nurse training to enable a better relationship between the categories.

Keywords:

Bullying, working conditions, violence, occupational health, dignity, ethics and violence in nursing.

INTRODUÇÃO

Apesar de não ser um evento novo, só agora o assédio moral vem sendo discutido nas Organizações de Saúde. Nos estudos realizados com profissionais dos serviços de saúde parece haver uma preocupação especial pelo setor dos serviços de enfermagem (SÁ, 2007). Apenas na última

década é que os pesquisadores e estudiosos voltaram seus olhos para este fenômeno, identificando-o e reconhecendo a sua potencialidade lesiva no meio ambiente laboral, em virtude dos acentuados desgastes psicológicos que provoca (FERREIRA, (2004).

Araújo (2006) define assédio moral como “qualquer comportamento abusivo, traduzido em palavras ou atos - ou sob qualquer outra forma de comunicação individual - que

¹ Enfermeira graduada pela UCSAL (Universidade Católica do Salvador), Especializanda em Saúde Pública pela Faculdades Adventistas da Bahia, Supervisora de Estágio de Clínica Médica e Cirúrgica pela Escola de formação de Técnicos de Enfermagem San Rafael.

² Mestre em Educação do Ensino Superior e Professora de Didática e Expressão Corporal da UCSAL (Universidade Católica do Salvador).

Recebido: 05/2010
Aceito: 08/2010

Autor para correspondência: Viviane Silva de Jesus
Email: vivi_humaniza@hotmail.com

poderão afetar negativamente a dignidade física e mental ou a integridade de uma pessoa, a realização de atividades no contexto de uma função ou um determinado ambiente de trabalho”.

De acordo com Alkimin (2005 apud TERRIN, 2007) o assédio moral pode ser caracterizado como vertical descendente; vertical ascendente; e horizontal. Considerado o tipo mais comum, o vertical descendente, é aquele quando o agressor é um superior hierárquico, isto, devido ao poder disciplinar que o mesmo possui diante o subordinado. Esse poder disciplinar é presente nos diversos tipos de relações humanas, sendo assim, está também presente nas relações de enfermagem, em que sua composição heterogênia, apoiada por um sistema de formação que atribui ao Enfermeiro um saber que lhe é próprio, são os principais precursores da ocorrência de assédio moral na enfermagem.

O evento de assédio moral entre a equipe de enfermagem ou mesmo com indivíduos que não fazem parte desta equipe viola o Código de Ética que rege os profissionais de Enfermagem, este Código por sua vez estabelece sanções duras ao não cumprimento das regras, que vai de advertência verbal a cassação do direito ao exercício profissional, assim, os direitos devem ser respeitados e os deveres cumpridos.

A violência moral ocorre sempre precedida da dominação psicológica do agressor e da submissão forçada da vítima, geralmente nasce com pouca intensidade, como algo inofensivo, mas que têm acarretado consequências acentuadas no desempenho laboral, vida social, familiar e, principalmente no estado de saúde do indivíduo. Segundo Terrin (2007) as consequências são o estresse e a ansiedade, destes decorrem as perturbações físicas e repercussões psicológicas desencadeando doenças psicossomáticas e danos desastrosos na esfera emocional.

A inexistência de trabalhos científicos envolvendo a Enfermagem com a temática abordada já se constitui relevante, pois se faz necessária para a comunidade acadêmica aproximação de temas da atualidade que mobilizam a mídia e o meio de comunicação em massa com casos que vem a público causando sensacionalismo e desqualificando a imagem do profissional na sociedade. O estudo também irá favorecer a comunidade acadêmica na medida em que a temática possa vir a ser discutida como conteúdo programático em disciplinas do curso de enfermagem devido à amplitude de aspectos que sustentam o mesmo. Aspectos éticos, deontológicos, sociológicos, psicológicos, antropológicos, administrativos e tantos outros aspectos que só a partir da visão holística podemos compreender.

Baseado nisso, surgiu o interesse de abordar a temática Assédio Moral na Enfermagem nessa pesquisa, tendo como questão norteadora: Quais as ocorrências de assédio moral por parte dos Enfermeiros vivenciadas pelos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem Acadêmicos da Universidade Católica do Salvador no exercício profissional em instituições de saúde?

Como objetivo geral: Conhecer as ocorrências de assédio moral por parte dos Enfermeiros para com os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem Acadêmicos da Universidade Católica do Salvador nas instituições de saúde no exercício de sua profissão. Os objetivos específicos compreendem em apreender o conhecimento dos acadêmicos sobre assédio moral; identificar a ocorrência e reação do assédio moral vertical descendente na relação do Enfermeiro e do Técnico/Auxiliar de Enfermagem Acadêmicos da Universidade Católica do Salvador; apontar as consequências negativas do assédio moral para o ambiente de trabalho vivenciada pelo Acadêmico de Enfermagem; conhecer a repercussão do assédio moral na relação social e familiar do Acadêmico e, descrever a implicação do assédio moral na saúde do profissional.

co/Auxiliar de Enfermagem Acadêmicos da Universidade Católica do Salvador; apontar as consequências negativas do assédio moral para o ambiente de trabalho vivenciada pelo Acadêmico de Enfermagem; conhecer a repercussão do assédio moral na relação social e familiar do Acadêmico e, descrever a implicação do assédio moral na saúde do profissional.

METODOLOGIA

O presente estudo insere-se na linha de pesquisa da Ética e Deontologia, tem por base a pesquisa descritiva e exploratória, fundamentada na abordagem qualitativa, por melhor adequar-se aos objetivos e a análise dos dados desse estudo (MINAYO, 2004).

Esta pesquisa foi realizada na Faculdade de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador, que possui 40 anos de existência. Funciona nos turnos matutino, vespertino e noturno, localiza-se no Campus de Pituáçu, na Avenida Professor Pinto Aguiar, 2589, Salvador-Ba.

Os sujeitos escolhidos para compor essa pesquisa foram 20 Acadêmicos, do primeiro ao oitavo semestre, de ambos os sexos, matriculados no curso de Enfermagem nos turnos matutino, vespertino e Noturno no período letivo de 2009.1, foi apresentado o projeto e realizado o convite para participação na pesquisa. Foram considerados sujeitos deste estudo os Acadêmicos que estavam na sala de aula no momento da explanação do projeto e convite para participação; profissionais Técnicos/Auxiliares de Enfermagem que já exerceram ou exercem a função em Instituições de Saúde e se dispuseram a participar assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Os entrevistados foram denominados como Acadêmico 1 a 20, recebendo a numeração conforme a ordem de coleta dos dados.

Vale ressaltar que, por se tratar de uma abordagem qualitativa, foram respeitados os critérios de exaustão, ou seja, deu-se por finalizada a procura pelos sujeitos no momento em que as falas tornaram-se repetitivas.

Foi utilizado como instrumento de pesquisa um roteiro de entrevista semi-estruturada contendo 11 questões elaboradas pela autora do estudo. Os dados da pesquisa foram coletados individualmente, em horário, data e local combinados previamente entre as partes, no intervalo de 15 de abril a 13 de maio de 2009, após a autorização da Faculdade de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador e do Comitê de Ética da Universidade de Salvador (UNIFACS), obtendo aprovação na íntegra sob FR: 243500/Protocolo nº 04.10.27.

A fim de garantir a fidedignidade do conteúdo das respostas dos entrevistados, foi utilizado um gravador de voz Mp4 e após a coleta, transcrito na íntegra pela autora.

Após a transcrição das entrevistas, a pesquisadora efetuou a leitura do material coletado e, seguindo os objetivos propostos pelo estudo foram criadas 3 (três) categorias para análise e discussão dos resultados, sendo elas: Conhecimento dos Acadêmicos Técnicos /Auxiliares de Enfermagem sobre o assédio moral; Ocorrência e reação do assédio moral vertical descendente na relação do Enfermeiro e do Técnico/Auxiliar de Enfermagem Acadêmico da Universidade Católica do Salvador; Consequências negativas do assédio moral para a vítima: No ambiente de trabalho X Na vida social e Relação familiar X na Saúde do Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

Para a análise e discussão dos resultados, utilizou-se a técnica da análise do conteúdo.

Os conteúdos das entrevistas foram analisados a partir do referencial teórico, e discutidos com base em artigos sobre assédio moral na área de Direito, tendo sido utilizado apenas três trabalhos relacionados à enfermagem, contudo, abordavam o assédio moral de uma forma geral. Assim, o limite do estudo foi não ter encontrado artigos que apresentassem a mesma abordagem da pesquisa realizada, assédio moral do tipo vertical descendente entre o Enfermeiro e o Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

Durante toda a pesquisa foram seguidos os preceitos éticos contidos na Resolução 196/96(7) do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, contemplando a autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade e respeitados os princípios Éticos/Bioéticos contidos no Código de Ética de enfermagem em seu capítulo III que inclui os Direitos, Responsabilidades, Deveres e Proibições pertinentes à conduta ética dos profissionais de Enfermagem no tocante a pesquisa e produção técnico-científica.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A grande maioria dos acadêmicos entrevistados são Técnicos de Enfermagem, que atuam em Instituições Privadas e/ou Públicas na Cidade de Salvador-Ba, o tempo de atuação profissional dos sujeitos deste estudo variou de 2 a 15 anos de profissão com faixa etária entre 20 e 38 anos. A busca pela graduação se constituiu no objetivo de ascensão profissional, acentuando assim, a prática de assédio moral envolvendo o enfermeiro e o Técnico/Auxiliar de Enfermagem, como descreve o tipo vertical descendente.

1ª Categoria - Conhecimento dos Acadêmicos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem sobre o assédio moral.

Quando foi perguntado aos Acadêmicos se já haviam ouvido falar e se entendiam algo sobre o assédio moral, tivemos como a maioria das respostas a afirmativa “sim”. Por existir o assédio moral em todas as áreas profissionais torna-se evidente a relevância e atualidade do tema na contemporaneidade. Quanto a isso Terrin (2007) afirma que houve um crescimento no que se refere às discussões sobre o assédio moral, o que vem causando ampla repercussão nacional.

Assim sendo, com a evolução da tecnologia e mídia que nos traz rápidas informações, nos encontramos diante de duas questões que permeiam a formação acadêmica, em particular, neste estudo, do profissional de enfermagem, na compreensão do que significa informação e conhecimento. Segundo Wolynech (2006), A diferença entre informação e conhecimento é sutil, porém importante. Conhecimento é o significado que se extrai da informação, é a interpretação, e a informação é uma mensagem que pode ou não ser entendida.

Ao serem questionados a respeito do que entendiam sobre o assédio moral, baseado nos autores pesquisados neste estudo, ficou implícito a partir das falas o pouco conhecimento no que se refere à definição do termo. Nos seus discursos, os Acadêmicos apontam sim, características que são pertinentes

à definição do assédio moral, mas não conseguem afirmar de forma consistente e mais abrangente a amplitude do significado e das implicações desta ação, que utiliza do poder para oprimir o outro, macerando o estado físico e psíquico da vítima.

“Um tipo de constrangimento com o profissional” (Acadêmico 1)

“Penso que é agredir verbalmente a pessoa” (Acadêmico 3)

“É um tipo de perseguição ao funcionário” (Acadêmico 18)

Ainda como respostas para o entendimento do assédio moral, verificamos entrevistados que caracterizaram esta questão, situando a agressão do superior hierárquico dentro do ambiente de trabalho.

“Acredito que seja algum constrangimento que uma pessoa venha a passar vindo do seu superior, estando você no ambiente de trabalho” (Acadêmico 2)

“Seria um assédio provocado dentro do ambiente de trabalho, por pessoas superiores a você e que lhe traga constrangimento no momento em que você está atuando como profissional” (Acadêmico 20)

Os Sujeitos do estudo fazem uma relação do assédio moral com o superior hierárquico, configurando o mesmo como agressor, o que caracteriza o assédio moral do tipo vertical descendente. Hirigoyen (2002) se refere ao mesmo tipo de violência colocando o subordinado como vítima e o superior como sujeito da ação. Uma das características de extrema importância do assédio moral vertical descendente é o fato de o fenômeno ocorrer no ambiente de trabalho, e os sujeitos conseguiram fazer essa conexão, e Barreto (2000) expõe o assédio moral ou violência moral no trabalho como uma exposição de trabalhadores a situações vexatórias, constrangedoras e humilhantes, de forma repetitiva durante o exercício de sua função.

Houve ainda depoimento onde é apontado características do assédio moral demonstrando a relação de poder na enfermagem, quando se utiliza como exemplo a violência entre o Enfermeiro e o técnico de Enfermagem.

“Seria como se fosse uma humilhação do superior, é falta de sentimento [...] humilhação entre o Enfermeiro e o Técnico” (Acadêmico 13)

Xavier (2008) trás em seus resultados que o Auxiliar de Enfermagem é a categoria que mais sofre violência moral. Na linha de mando na enfermagem claramente traduzida na hierarquia, o Técnico/Auxiliar é o que cumpre as ordens, e isto o coloca como vítima fácil no tocante ao assédio moral, uma vez que neste evento envolve o domínio do poder.

No depoimento seguinte podemos ver uma melhor aproximação do conceito de assédio moral das definições dadas por alguns autores estudiosos do assunto.

“Abuso de poder” (Acadêmico 7)

O poder tem sido há muito tempo foco de estudo em diversas áreas, principalmente na área da saúde, mais especificamente na enfermagem onde se observa a presença de um poder disciplinar. Quando colocada com aspereza, ameaça e castigo o poder é visto de forma negativa, se estabelecendo como barreira entre o superior e o subordinado Foucault (1996 apud MARTINS, 2004).

Entretanto, ao finalizar a primeira categoria percebemos claramente alguns sujeitos que desconhecem completamente tanto o termo quanto a definição do assédio moral.

“Nada” (Acadêmico 14).

“Pouquíssimo, em mente agora não sei nada” (09).

“Não sei nada” (Acadêmico 11).

Percebemos uma contradição às afirmações dos sujeitos quando dizem já ter ouvido falar sobre o assédio moral. Observa-se através dos depoimentos que estes não possuem conhecimento consistente em relação à temática, não conse-

guem emitir qualquer informação mais simples sobre o tema, mostrando desconhecimento a respeito do assunto.

O assédio moral do tipo vertical descendente é a violência moral que mais ocorre, tornando-se imprescindível que os profissionais Técnicos/Auxiliares de Enfermagem tenham conhecimento sobre o assédio moral, uma vez que as categorias referidas estão em colocação de subordinação aos Enfermeiros ao exercerem seu exercício nas Instituições de Saúde. A falta de conhecimento sobre o tema é mais um dos contribuintes para persistência da conduta, Carvalho (2007) expõe a possibilidade de um indivíduo já ter vivido-viverem situação de assédio moral, mas não associaram a situação que vivia-vive pelo fato de desconhecem a conduta abusiva.

Com esses resultados percebemos a necessidade urgente de refletir o aprendizado de temas transversais na formação do Enfermeiro, pois o relacionamento da equipe de enfermagem se constitui num primeiro passo para uma melhor qualificação do seu quadro de pessoal. Na formação acadêmica onde a visão cartesiana das especialidades permeia o “ser” Enfermeiro, pode muitas vezes incorrer em graves prejuízos para a imagem da categoria, ocasionando nos embates e conflitos decorrentes do abuso de poder e falta de preparo ético.

Ao mesmo tempo o desconhecimento do tema vem a se constituir em uma atitude rotineira, qualificando-as como habituais no exercício profissional, passando muitas vezes despercebidas pelas partes envolvidas. Entendemos com isso que o desconhecimento talvez seja um aspecto tão grave quanto à ação, tornando-a frequente e intensa.

2ª Categoria – Ocorrência e reação do assédio moral vertical descendente na relação do Enfermeiro e do Técnico/Auxiliar de Enfermagem Acadêmico da Universidade Católica do Salvador.

Ocorrência

Apesar de pouco difundido o assédio moral do tipo vertical descendente é uma prática antiga que atinge milhares de trabalhadores em diversas áreas profissionais, inclusive na Enfermagem, que apresenta um perfil heterogêneo configurado pelo Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem, bem como uma transparente relação de poder entre a equipe. Foucoult (2003 apud BULCÃO, 2004) analisa o poder de diversos ângulos, inclusive na área hospitalar, na qual o enfoque é dado a partir da idéia de que o hospital não é só uma máquina de curar, mas também, um instrumento de produção, acúmulo e transmissão de saber que assegura o exercício do poder.

Ao interrogar os acadêmicos sobre se os mesmos já sofreram humilhações e/ou perseguições constantes por parte do seu superior hierárquico no ambiente de trabalho, tivemos como resposta afirmativa a sua grande maioria, confirmando a presença clara do assédio moral na enfermagem como prática frequente e rotineira.

Embora não tenha informação nem conhecimento do que venha a ser este tipo de assédio, o discurso mostra-se rico em detalhes que torna claro a presença de violência moral por parte da Enfermeira na relação com a profissional em questão.

“Sim, já sofri, eu era nova no hospital, e justifico a perseguição e humilhação que passei pelo fato de eu ser recém contratada, a Enfermeira ficava observando a hora que eu chegava, se atrasava na troca de plantão [...] o mínimo era motivo de picuinha, sempre me colocava três finais de semana

por mês enquanto outros tinham apenas um ou nenhum, quando ia falar com essa Enfermeira ela dizia que era aquilo mesmo e acabou, e não iria alterar nada” (Acadêmica 14).

Neste caso, a profissional passou por situações semelhantes ao mobbing, mais grave ainda é que não associou a situação que vivia no dia-a-dia a abusos de poder. Embora a sua dimensão possa ser consideravelmente ampla e diversificada, Carvalho (2007) afirma que algumas pessoas vivem ou já viveram pelo menos um momento de *bulling*, contudo, não obtinham ou não possui idéia sobre o assunto. Essa falta de informação tende a intensificar ainda mais o ato violento.

Outro depoimento aponta a violência moral praticada pela enfermeira através da sobrecarga de trabalho, ultrapassando violentamente o abuso de poder para fora do ambiente laboral ao atribuir à colega de trabalho, subordinada hierárquica, funções que não são inerentes ao cargo que ocupa na Instituição.

“Já, as mais terríveis [...] a demanda era alta, um Técnico para cuidar de 20 pacientes, e a Enfermeira achava pouco, porque queria atribuir a mim as tarefas dela, além de querer que eu fizesse coisas particulares para ela como se eu fosse empregada da casa dela” (Acadêmica12).

Hirigoyen (2002b apud SCANFONE; TEODÓSIO, 2004) defende que as más condições de trabalho com ambiente inóspito e sobrecarga de trabalho e as imposições profissionais como outras formas de agressão, podem ser geralmente vistas como sinônimos de assédio moral. Podemos ver que nesta relação hierárquica não há uma colaboração por parte da Enfermeira no que se refere à execução das competências de cada categoria, sendo isto uma das atitudes do superior hierárquico que caracteriza o *bulling*, além de percebermos um emprego errôneo que a Enfermeira faz do poder que possui ao delegar a subordinada tarefa não relacionada ao cumprimento das atividades, descrita nos artigos 12 e 13 da Lei 7.498 do Exercício Profissional que compete ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem no exercício profissional. Esta conduta viola o artigo 58 do Código de Ética estabelecido na Seção III das Relações com as Organizações da Categoria que proíbe “executar e determinar execução de atos contrários ao Código de Ética e às demais normas que regulam o exercício da Enfermagem”.

Percebe-se claramente com o depoimento seguinte que a aparência do subordinado, bem como a ameaça da perda de poder sobre este, pode ser um fator desencadeador da violência moral no ambiente de trabalho.

“Ah, já sim, apesar de morarmos em uma cidade onde a maioria da população é de cor negra, eu sofri e ainda sofro discriminação por parte de uma Enfermeira por eu ser negra e usar tranças, me olha torto por causa das tranças, gostaria que me visassem pelo meu trabalho e não por causa de minha aparência, [...] procuro fazer tudo certinho, e muitos médicos preferem vir a mim para saber de algo a perguntar a essa Enfermeira, e depois que entrei na faculdade ainda piorou” (Acadêmica 10).

Fassarella (2007) confirma isso ao descrever o perfil das vítimas da violência moral, “a pessoa visada é escolhida em função das suas características pessoais mais do que profissionais, pessoas demasiado competentes, produtivas e motivadas pelo trabalho; pessoas atípicas (cor da pele); pessoas isoladas e fragilizadas”. Já o aspecto do agressor está relacionado à personalidade; ameaças de perda de poder e do controle; liderança negativa e ações típicas como: intimidar, amedrontar, consumir emocionalmente e intelectualmente a vítima entre outras (PEDROSO, 2006). Segundo Sá (2007) a violência verbal

e a discriminação são os tipos de violências mais frequentes.

Percebemos com as afirmações dos autores que a negação do outro é algo peculiar do agressor, podendo apresentar atitudes discriminatórias envolvendo o gênero, idade, questões étnicas, etc. Assim, a vítima torna-se um objeto discriminatório.

Ainda encontramos como resposta dificuldades em distinguir o termo assédio moral e conflito, uma vez que o fato não se repetiu, havendo diálogo aberto entre as partes envolvidas com definição clara de papéis.

“Já, ocorreu só uma vez, a Enfermeira não fez a parte dela ao recebermos um paciente no centro cirúrgico, o Anestesiologista me cobrou o que deveria ser feito, disse que era atividade da Enfermeira desenvolver aquela atividade, ela ouviu e me chamou em uma sala para conversar [...] agora tá tudo bem.” (Acadêmica 13).

“Nos conflitos saudáveis percebemos algumas características como: regras e tarefas claras, relações colaborativas, estratégias abertas e francas, relações interpessoais explícitas, conflito aberto, discussão e comunicação direta; por outro lado, no assédio moral percebemos: ambiguidade de regras, comportamento não colaborativo, estratégias equivocadas, relações interpessoais ambíguas, ações encobertas e negação de conflitos, comunicação oblíqua e evasiva Cassito (2005 apud, PEDROSO, 2006, pág. 141).”

As causas de conflito envolvem geralmente a definição de papel do outro trabalhador, caracteriza-se pelo desacordo resultante de diferenças de idéias havendo uma conversação direta entre as partes, além do mais, a conduta precisa ser repetitiva e ter certa duração para que possa caracterizar o assédio moral. De acordo Leymann (1996 apud SÁ 2007) as iniciativas precisam ter certa frequência de no mínimo uma vez por semana, um período de tempo de pelo menos seis meses.

Reação

Sacconi (1996) define reação como uma ação qualquer em face de ameaça, conseqüente de outra ação, tendendo anular a precedente. Quanto às reações das vítimas de assédio moral na enfermagem, a impotência, incapacidade em reagir, o medo de perder o emprego são fatos citados como reações das agressões, permeando o medo como fator mais grave que impede e até afasta o profissional da área.

“Me sentia incapacitada, impotente por que não podia fazer nada, se não poderia perder o emprego; e revolta, porque os colegas viam tudo aquilo e não eram a meu favor [...] não queria arranjar confusão com a Enfermeira” (Acadêmica 14).

“De pura revolta, a ponto de querer mudar de profissão” (Acadêmica 8).

“Fico chocada, me dá vontade de chorar [...] mas fui falar com a coordenadora geral e ela disse que eu era muito ousada em ir à sala dela atropelando a hierarquia para tratar daquilo, e poderia ser demitida, fiquei indignada” (Acadêmica 10).

“Não agüentei a pressão e pedi demissão, preferi a minha paz” (Acadêmica 07).

“Não fiz nada, eu tinha medo de perder o emprego, fazia de tudo para me desviar dela” (Acadêmica 06).

Um número significativo das vítimas não esboçou nenhuma reação, em sua maioria por medo da demissão, o que difere do exposto por Hirigoyen (2002) quando fala que apenas o medo de perder o emprego não é explicação suficiente para a submissão das vítimas de assédio.

Quem está em torno geralmente não demonstra solidarie-

dade, pois teme ser estigmatizado e ver-se jogado na próxima onda de humilhações, esta maneira de agir estabelece uma atitude covarde e tímida consciência da categoria de que a união resulta em um fortalecimento da classe.

O não envolvimento dos colegas de trabalho confirma-se com o exposto por Razouk (2008) ao referir que devido o agressor ser na maioria das vezes superior hierárquico, geralmente os colegas do agredido não são solidários, sendo cômodo e pacífico não tomando posicionamento perante o colega e o agressor, afinal, quem é assediado é o outro

Ainda não tendo a consciência real do assédio moral, quando a pessoa tomada como alvo percebe a má intenção do agressor e tenta denunciar a atitude violenta é intimidada e sente-se ameaçada, despertando certa revolta. Razouk (2008) ratifica ao relatar que os empregados que denunciam violações são punidos, surgindo à ira de quem se sente ameaçado, e ainda podem apresentar reações clínicas que vão desde crise de choro até tentativa de suicídio.

Em um estudo realizado por Sá (2007) sobre o impacto da violência no trabalho na saúde mental dos Enfermeiros 36% manifestaram vontade de deixar o trabalho, e alguns acabam pedindo a demissão porque vêem nisto a solução do problema. O impacto da agressão paralisa a vítima deixando-a anestesiada e quando não suporta tudo silenciosamente toma por si mesma as medidas para se livrar da situação humilhante abrindo mão de direitos trabalhistas. O pedido de demissão pode ser uma das saídas vista pelo agredido favorecendo assim as expectativas do agressor que tem por finalidade levar a vítima a pedir demissão, e isso caracteriza uma conduta aética.

Para Terrin (2007) as práticas de assédio moral no ambiente de trabalho estão associadas a condutas antiéticas. Uma vez definida a ética por Passos (2004) como a “ciência que estuda o comportamento moral dos homens na sociedade”, pôde-se dizer que assédio moral é a denominação que se dá ao conjunto de atitudes antiéticas capazes de degradar o ambiente de trabalho. Sá (2007) associa o assédio moral a um terror psicológico que implica em uma atitude desprovida de ética.

As colocações feitas pelos autores nos reportam a idéia de que a conduta de “*mobbing*” na Enfermagem caracteriza uma violação do Código de Ética (2007) que rege as categorias da área infringindo os seguintes artigos: artigo 1 (Presente no Capítulo I Das Relações Profissionais), ao assediar moralmente o Técnico e/ou Auxiliar o Enfermeiro viola deste o direito de “exercer a Enfermagem com liberdade, autonomia, deixando de tratado-lo segundo os pressupostos e princípios legais, ético e dos direitos humanos”; artigo 48 (Presente na Seção III - Das relações com as Organizações da Categoria - Responsabilidades e Deveres) no que se refere a “cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão”; artigo 49 (Presente na Seção III - Das relações com as Organizações da Categoria - Responsabilidades e Deveres) quanto aos colegas ao colocar-se omisso diante o assédio moral vil a responsabilidade e o dever de “comunicar ao Conselho Regional de Enfermagem, fatos que frim preceitos do presente Código e da Legislação do Exercício Profissional”; o artigo 56 (Presente na Seção III- Das relações com as Organizações da Categoria - Proibições) proíbe “executar e determinar a execução de atos contrários ao Código de Ética e às demais normas que regulam o exercício profissional” de Enfermagem e o artigo 78 (Seção IV – Das Relações com as Organizações Empregadoras Direitos – Proibições) instrui que “utilizar de forma abusiva, o poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ordens, opiniões, atentar contra o poder,

assediar sexual ou moralmente, inferiorizar pessoas ou dificultar o exercício profissional”.

Nos artigos 125, 126, 127, 128 e 129 do mesmo Código trazem as penalidades a serem impostas pelos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem, conforme o que determina o art. 18, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, que podem ser aplicadas na ocorrência do assédio moral. Assim, na violação dos artigos 48 e 56 podem estar sendo aplicadas a penas de multa, censura e suspensão do exercício profissional; no artigo 49, advertência verbal, multa, suspensão do exercício profissional e a infração do Art. 78 podem estar sendo aplicadas a pena de advertência verbal, multa, censura, suspensão do exercício profissional e até mesmo a cassação do direito ao exercício profissional. Vale ressaltar que a aplicabilidade da pena de cassação do direito ao exercício é de competência do Conselho Federal de Enfermagem.

Na Consolidação das Leis do Trabalho não possui um código próprio para o tratamento do “*bulling*”, contudo, traz em seu artigo 483 nas alíneas “a” (quando forem exigidos serviços superiores às forças do empregado, defesos por lei, contrários aos bons costumes ou alheios ao contrato) e “b” (quando o empregado for tratado pelo empregador por seu superior hierárquico com rigor excessivo) hipóteses de rescisão de iniciativa do empregado por culpa do empregador, o que pode ser invocado para respaldar eventual ação de indenização por assédio moral (TERRIN, 2007).

A esfera penal ainda não define o assédio moral como um crime, mas entre os diversos projetos de lei que tramitam no Congresso Nacional com a finalidade de regular essa questão, há um projeto de lei (Lei nº 4.742/2001) com o objetivo de criar o artigo 146-A do Código Penal que criminaliza a conduta do assédio moral no ambiente de trabalho. No entanto, independente do vínculo de trabalho a vítima pode buscar amparo na Carta Magna brasileira em seu artigo 5º, incisos III, V e X que assegura o respeito à dignidade, à cidadania, à imagem, com a indenização por danos morais.

Terrin (2007) discute a necessidade de o tema manter-se a tona e que as vítimas manifestem-se: reagindo, denunciando e evitando o agravamento do problema. Desta forma, é importante que os Técnicos e Auxiliares denunciem os Enfermeiros que utilizam o seu poder disciplinador para agredir moralmente.

Pondo fim a esta categoria, fica evidenciado segundo os conteúdos das discussões dos sujeitos deste estudo, a ocorrência do assédio moral do tipo vertical descendente na relação destes com seus superiores hierárquicos, tornando o assédio conduta rotineira utilizada pela Enfermeira no relacionamento interpessoal com a equipe. Com isso, as reações das vítimas distinguiram-se por atitudes do tipo: calar-se, demitir-se, chorar e esquivar-se na tentativa de evitar confronto, ou a humilhação.

3ª Categoria - Consequências negativas do assédio moral para a vítima: No ambiente de trabalho X Na vida social e Relação familiar X na Saúde do Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

O desenvolvimento recente das condições de trabalho tem acontecido sob influxo de circunstância que nem sempre são adequadas ao trabalhador. A coação moral vem aumentando nessa nova conjuntura, constituindo-se hoje em fenômeno existente em larga escala, que coloca em risco a sanidade física e mental dos trabalhadores.

As consequências do assédio moral às vítimas estão relacionadas com a intensidade e a duração da agressão. Terrin

(2007) afirma que ao se difundir a violência no ambiente de trabalho, atinge não só o aspecto psicológico do trabalhador, mas também, a sua saúde física, e de forma direta ou indireta o convívio socio-familiar.

Com este tipo de assédio, são visíveis as transformações na vida profissional da vítima, pois, ao ser questionado sobre a existência de consequência do assédio moral para o ambiente de trabalho alguns sujeitos deste estudo afirmaram que o relacionamento entre a equipe de enfermagem e o desenvolvimento da atividade laboral foram prejudicados, interferindo diretamente na atuação e humor dos profissionais, o que atinge a qualidade da assistência.

“Me sentia tão pressionada que não conseguia realizar legal os procedimentos pela pressão que sofria” (Acadêmica 14).

“Não conseguia trabalhar legal quando ocorria” (Acadêmica 17).

“Toda vez que sofria, e não foram poucas, eu me fechava, e ainda quando acontece fico séria, mudo o meu relacionamento com a equipe” (Acadêmica 10).

Há Enfermeiros que ainda utilizam do poder abusivo para supervisionar o serviço com arrogância, impondo normas, regras severas e centralizadas imaginando com isso, obter bons resultados laborais, bem como atitudes disciplinadas de seus subordinados, no entanto, só resulta em insatisfações que consequentemente afetam diretamente na qualidade, no rendimento, e absentismo.

Passos (2004) descreve consequências da violência moral para o ambiente de trabalho como: instabilidade e desconfiança entre a equipe, o ambiente de trabalho transforma-se em campo minado pelo medo, pela inveja, disputa, fofocas e rivalidades. As relações com os colegas de trabalho tornam-se distantes, há dificuldades na interação em equipe e alto índice de absentismo (RAZOUK, 2008).

Ademais, existe a consequência social gerada na vida da vítima, o isolamento acompanha-o fora do ambiente de trabalho, não existindo mais convívio social com a família e com os amigos. Quase sempre o assédio moral acarreta a desestruturação familiar, a vítima desconhece as razões do conflito, repassando então aos membros da família as mesmas condições de assédio moral sofridas no trabalho (FERREIRA, 2004)

Os depoimentos seguintes confirmam a existência de consequências no âmbito social e familiar.

“Chegava em casa estressada, sempre reclamando” (Acadêmica 03)

“Eu chegava em casa triste e irritada por causa do maltrato e acabava descontentando em casa, ou chegava muito calada, chorava” (Acadêmica 06)

“Eu chegava em casa irritadíssima, qualquer coisa eu batia em minha filha” (Acadêmica 15).

“[...] não queria sair para lugar nenhum, não sentia vontade, só queria ficar em casa” (Acadêmica 06).

Nestes depoimentos fica evidenciado que a extensão da violência não fica restrita ao ambiente laboral, o profissional leva para o ambiente social e familiar, tanto as vivências positivas com suas benesses, como as negativas com legado que produz efeitos nocivos às pessoas e ao ambiente.

O Profissional volta para casa esgotado devido as humilhações sofridas, e de alguma forma canaliza toda a tensão nas coisas ou pessoas mais próximas, tendo como atitudes mais comuns o desinteresse pelas coisas e/ou pessoas, e redirecionamento da agressão que sofre nos integrantes da família, tornando-se um protótipo do seu agressor.

Freire (2009) descreve que reações agressivas consigo mesmo ou com outras pessoas do convívio pessoal e, isola-

mento social são atitudes triviais da vítima. O relacionamento em família acaba sendo abalado na medida em que o indivíduo passa a descarregar sua angústia, frustração, tristeza, vergonha, insegurança nos membros da família, como se estes fossem o único meio de aliviá-lo da pressão que vem enfrentando (FAS-SARELA, 2008).

As consequências não se limitam ao ambiente de trabalho nem tão pouco ao convívio social e familiar do Técnico ou auxiliar de Enfermagem, mais principalmente em sua saúde.

A preocupação maior sempre foi o acidente do trabalho, e as doenças ocupacionais. Pouco se falava em agressões psicológicas como o estresse, tampouco em assédio moral, contudo, eles sempre existiram (ARAÚJO, 2006).

Observa-se nos relatos desses sujeitos que a exposição do assédio moral no ambiente de trabalho tem implicações negativas para a saúde do indivíduo. Pois, a Organização Mundial de Saúde em 7 de abril de 1948, trazendo implicações legais, sociais e econômicas dos estados de saúde e doença define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Sem pensar, que não podemos mais julgar qualquer assunto, tema ou questão, que não seja analisado de forma holística, para melhor compreender as relações contextuais.

“Eu ficava muito estressada, tive um abalo emocional, e início de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, o trauma psicológico foi muito grande” (Acadêmica 12).

“O estresse era muito grande, passei a ter picos hipertensivos, eu engordei muito nesse período [...]” (Acadêmica 08)

“Eu fiquei em um estado de vigilância constante, o que me causava uma enorme tensão e ansiedade, acarretando um estresse muito grande” (Acadêmica 19).

“Ficava me questionando se realmente merecia viver aquilo [...] e ficava tão triste” (Acadêmica 10).

Observa-se que os depoimentos relatados condizem com o mencionado por Razouk (2008) ao dizer que os mais significativos danos para o indivíduo pode ir de depressão até ataque de pânico, hipertensão arterial, ansiedade, problemas cardíacos, ganho ou perda de peso. Xavier (2008) descreve o desânimo cansaço, ansiedade e o estresse como consequências para a saúde do trabalhador.

Inicialmente a agressão gera um estresse, dependendo da intensidade e dos limites da vítima esse estresse pode configurar consequência do assédio moral, a partir do momento em que os limites são ultrapassados começam a ocorrer alterações que podem originar desde doenças psicossomáticas até problemas crônicos talvez irreversíveis.

“Diante de uma situação estressante, o organismo reage pondo-se em estado de alerta, produzindo substâncias hormonais causando depressão do sistema imunológico e modificação dos neurotransmissores cerebrais. De início, trata-se de um fenômeno de adaptação, que permite enfrentar a agressão, seja qual for a sua origem. Quando o estresse é episódico e o indivíduo consegue administrá-lo, tudo volta à ordem. Se a situação se prolonga, ou se repete com intervalos próximos, ultrapassa a capacidade de adaptação do sujeito e a ativação dos sistemas neuroendócrinos perdura. E a persistência de elevadas taxas de hormônios de adaptação acarreta distúrbios que podem vir a instalar-se de forma crônica (FEREIRA, 2004, pág. 74).”

Hirigoyen (2002) explica este processo de somatização da seguinte maneira: no início, a vítima tenta se adaptar claramente e, não conseguindo ultrapassa a capacidade de adaptação e ocorre a ativação dos sistemas neuroendócrinos, provocando

uma elevação da taxa de hormônios que pode instalar-se de forma crônica.

Concluindo a análise desta categoria, destacamos alguns aspectos que encontrados nos conteúdos dos discursos dos sujeitos, demonstraram as consequências negativas que os Técnicos/Auxiliares de Enfermagem que são Acadêmicos de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador no período de 2009.1. sujeitos deste estudo, vivenciaram e na emoção dolorosa reviveram juntamente com a autora na coleta de dados esses momentos que se tornaram conteúdos analisados nesta categoria.

Ocorreram transformações nas vidas dos sujeitos nos contextos social, familiar, laboral e na saúde desencadeado pela vivência do assédio moral do tipo vertical descendente no ambiente de trabalho, onde o relacionamento destes com os Enfermeiros, superiores hierárquicos na maioria das vezes não era vinculado aos aspectos afetivos e do respeito humano, ou seja, baseado em princípios morais, éticos e legais como demonstrado nos documentos utilizados pela autora como referencial teórico.

As consequências deste tipo de violência moral para o ambiente de trabalho geram clima de desarmonia, medo, inveja, rivalidades tanto entre os superiores e os subordinados, como entre os subordinados entre si degradando as relações humanas. Outros efeitos na esfera socio-familiar e na saúde ainda foram apontados como consequências negativas nesta categoria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O poder disciplinar é um dos principais fatores que pre-dispõem o assédio moral, ação esta desprovida de ética, uma vez que a formação acadêmica na Enfermagem essencialmente dotada de conhecimentos tecnicista e conteudista sobre a égide dos paradigmas cartesiano que ainda prevalece na sua grande maioria como base desta formação, dividindo o curso no modelo de disciplinas fragmentadas, sem ou com pouca articulação interdisciplinar. Este aspecto pode ter implicitamente uma relação no modelo hierárquico ainda vigente na enfermagem e nas relações de poder entre as categorias, privilegiando o uso abusivo do Enfermeiro na posição de superior, com mando e desmandos que violam o Código de Ética e o bom relacionamento humano no ambiente de trabalho.

Embora as discussões sobre o assédio moral estejam em evidência nas diversas áreas profissionais, inclusive nas relações de enfermagem, infelizmente, os sujeitos deste estudo não possuem conhecimento consistente no que se refere ao termo. Este desconhecimento é um agravante no que se refere a persistência da ação, bem como o aumento da impunidade, pois, desconhecendo o fenômeno, a vítima não possui argumentos capazes de promover denúncias e iniciar o processo de interrupção deste tipo de violência no ambiente de trabalho entre a equipe de enfermagem.

Neste estudo identificamos que a maioria dos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem Acadêmicos da Universidade Católica do Salvador que já exerceram ou exercem a profissão em Instituições de Saúde, já vivenciaram assédio moral do tipo vertical descendente tendo como seu superior hierárquico um profissional Enfermeiro.

As agressões se caracterizam como perseguição; “picui-nha”; desvantagens em relação à escala de trabalho, no que se refere aos plantões nos finais de semana; dificuldade de diálogo com a Enfermeira; alta demanda de trabalho; atividades que não condiziam com o exercício profissional, como mandos para

realizar atividades particulares da Enfermeira; discriminação étnica; a busca pela ascensão também foi um fator que desencadeou a ação da Enfermeira.

As reações dos sujeitos diante da violência moral foram diversas, as mais citadas foram: reagiram desviando-se da Enfermeira para evitar confronto, demitindo-se, e em sua maioria calando-se por medo de serem demitidos. Essas atitudes demonstram o desconhecimento que os Acadêmicos possuem sobre o Código de Ética que os regem, pois, no artigo 1 atribui a todos os Profissionais de Enfermagem o direito de exercer com liberdade, autonomia, e ser tratados segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos, e ainda o artigo 49 fala acerca comunicar fatos que firam os preceitos deste mesmo Código.

Outra discussão de destaque apontada nesta pesquisa foi sobre as consequências que o assédio moral acarretou no ambiente de trabalho. As agressões sofridas afetaram diretamente o relacionamento entre a equipe, ocasionando mudança de humor na vítima, e no desenvolvimento das atividades laborais atingindo a qualidade da assistência, assim sendo, o paciente.

As influências do assédio moral afetaram também as relações sociais e familiares, destacando-se: o isolamento social; e os reflexos que a violência acarretou à família da vítima, pois, ao serem violentados moralmente e não reagirem contra as ações do agressor, os sujeitos do estudo tornaram-se protótipos do agressor, passando a agredir os integrantes da família.

Na saúde, o resultado mais comum foi o estresse, que ao ultrapassar os limites acabou por desencadear doenças psicossomáticas como distúrbios osteomusculares, picos hipertensivos, ganho de peso, tristeza profunda, ansiedade e traumas.

Pressionar o subordinado é um estilo de gerenciamento ineficaz e de pouco rendimento, pois o trabalho possui referência histórica em eixos estruturantes que se situam dentro e fora do trabalho, e o assédio moral no trabalho é um fenômeno portador de um risco invisível, porém, com consequências concretas que podemos perceber nos resultados acarretados no ambiente de trabalho, na relação socio-familiar e principalmente na saúde do profissional.

Ressaltamos que a prevenção é a melhor saída. A principal e eficaz forma de prevenção esta na informação e no conhecimento, pois, são fatores primordiais para a transformação de toda essa realidade, uma vez que só através da educação e conhecimento será possível de fato haver mudanças significativas capazes de gerar grandes revoluções na maneira de pensar, de sentir e de ser, hoje, dos Técnicos/Auxiliares de enfermagem Acadêmicos de Enfermagem, amanhã, Enfermeiros.

Diante o exposto, recomenda-se que seja abordado de forma mais relevante o assédio moral como conteúdo em seminários interdisciplinares, palestras com convidados estudiosos do tema, intercâmbio com outras instituições de ensino superior, afim de se possibilitar maior conhecimento a respeito deste tema e contribuição para a melhor formação do Enfermeiro. Pois, o assunto requer uma reflexão capaz de promover ampla discussão sobre a temática nos cursos de graduação em Enfermagem com a finalidade de possibilitar atitudes mais coerentes baseadas no respeito humano, ética e no afeto, visando a reeducação de valores que implicam numa mudança cultural, baseada na prática do dialogo constante, permanente respeito mútuo e no companheirismo, a partir daí é que todo processo de tirania e suas consequências poderão ser eliminadas.

Este estudo não deve se encerrar nele, não só pela urgência em rever a postura dos Enfermeiros que utilizam o poder nefasto

que destrói a imagem de uma categoria que anteposição deveria ter um perfil humanista, mas, por mostrar uma linha de pesquisa relevante e atual que deve ser trilhada por outros Acadêmicos no intuito de favorecer discussões e reflexões que apontam novas posturas profissionais respaldadas na ética humana.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Kely Silva. Assédio Moral No Meio Ambiente Do Trabalho Disponível em < http://conpedi.org/manuel/arquivos/anais/manuel/transf_trabalho_kely_silva_de_araujo.pdf > Acesso em: 22 de nov 2008

BRASIL. Resolução nº 196, de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília-DF, 1996. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 03/03/2008.

BARRETO, Margarida. Uma jornada de humilhações. *Jornal Folha de São Paulo*, São Paulo, 25.11.2000.

BULCÃO, Tânia Neves. O conflito no trabalho na perspectiva da Enfermeira, Técnica e Auxiliar de Enfermagem. Tese (Mestrado). Salvador-Ba, 2004. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética de Enfermagem. 2007. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br/2007/materias.asp?ArticleID=22§ionID=35>

Acesso em 04 de mar de 2009.

FERREIRA, Hádassa Dolores Bonilha. Assédio moral nas relações de trabalho. 1ª Ed. Campinas: Russel, 2004.

FOUCAULT, Michael. Vigiar e punir: nascimento nas prisões. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2002

HIRIGOYEN, Marie France. Assédio moral: A violência perversa no cotidiano. 5ª Ed. Editora: Bertrand Brasil, 2002.

MARTINS, Joseane de Jesus; NASCIMENTO, Eliane Regina P. O Poder Exercido pela Equipe de Enfermagem que atua em UTI Sobre o Sujeito Hospitalizado e seus Familiares: algumas reflexões com base em Foucault. *Conhecer em Enfermagem*. Publicação científica da Universidade do Sul de Santa Catarina: Tubarão: Editora Unisul. v. 1/2, n 2/1. p. 9-15 jan/dez 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; Gomes, Romeu. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. 23ª ed. Petrópolis, 2004.

Organização Mundial da Saúde- OMS. Wikipédia-Enciclopédia. Disponível em < http://pt.wikipedia.org/wiki/Organiza%C3%A7%C3%A3o_Mundial_da_Sa%C3%BAde > Acesso em: 31 maio 2009.

PASSOS, Elizete. Ética nas Organizações. São Paulo: ATLAS S.A 2004.

PEDROSO, Volnei Gonçalves; LIMONGI, Ana Cristina; MARTINS, Francisco de Assis Silva. Aspectos conceituais de assédio moral: um estudo exploratório. *RAS*, São Paulo, vol. 8 nº 33 pag. 139 a 147, 2006. Disponível em:

http://www.cqh.org.br/files/RAS33_aspectos.pdf Acesso em: 11 nov. 2008

RAZOUK; T. A. ; Assédio moral no direito do trabalho e seus danos à saúde do trabalhador. *Revista eletrônica da ordem dos Advogados do Brasil - Seção do Paraná* – n.2 ago/dez 2008.

SÁ, Luís Otávio; O Impacto da Violência Psicológica no Trabalho (ASSÉDIO MORAL/MOBBING/BULLYING) na saúde mental dos Enfermeiros. Disponível em:< <http://cis>

engenheiros.pt/2007/comunicacoes/Luis_Octavio_de_Sa.pdf>
Acesso em: 20 mar. 2009.

SCANFONE, Leila; TEODÓSIO, Armindo dos Santos de Souza. Assédio moral nas organizações: novas roupagens para uma antiga temática?. G&E Economia e Gestão, Belo Horizonte, v.4, n. 7, p. 71-80, jun. 2004.

TERRIN, Kátia Alessandra Pastori; OLIVEIRA, Lourival José. Assédio moral no ambiente de trabalho: Propostas de

Prevenção. Rev. Direito Público da UEL, 2007. Disponível em:
http://www2.uel.br/revistas/direitopub/pdfs/VOLUME_2/num_2/Ass%20MoralnoAmbientedeTrabalho%205D.pdf Acesso em: 11 de nov 2008

XAVIER, Ana Carolina Hungria et al. Assédio moral no trabalho: algumas características. Rev. Brás. Saúde. São Paulo, 2002. Disponível em:
<http://www.nesc.ufrj.br/assediomoral/teste/documentos/>

Avaliação Qualitativa Do Setor De Fisioterapia Da Irmandade Santa Casa De Misericórdia De São Paulo

Qualitative Assessment Of The Physiotherapy Service In Irmandade Santa Casa De Misericórdia De São Paulo

Nilza Aparecida A. Carvalho¹, Erich Hernani S. L. dos Reis², Juliana R. L. Gonçalves³

RESUMO

Avaliações em saúde vêm ocupando lugar de destaque nas relações de planejamento e gestão. Atualmente, há tendência de considerar as especificidades de cada contexto, incluindo as relações que se processam e produzem reflexos na operacionalização de práticas de saúde.

OBJETIVO. Visando melhora dos serviços de saúde e relação ambulatorio-paciente, este estudo avaliou através de seus usuários, o setor de Fisioterapia da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

MÉTODO. Utilizando o questionário IPPS (Instrumento Padrão de Pesquisa de Satisfação), usuários do setor de fisioterapia foram entrevistados, em relação às instalações, atendimento, qualificação dos fisioterapeutas e funcionários e horário de atendimento.

RESULTADOS E CONCLUSÕES. Tendo apresentado um grau geral de satisfação dos usuários do setor avaliado este trabalho constitui uma metodologia positiva para melhora a qualidade dos serviços de fisioterapia.

Palavras-chave:

Fisioterapia, Avaliação Qualitativa, Satisfação.

ABSTRACT

Health assessments come occupying a prominent place in the relations of planning and management. Currently, there is a tendency to consider the specificities of each context, including the relations between process and produce reflections on operationalization in health practices.

OBJECTIVES. Aiming at improvement of health services and service x patient relationship, this study evaluated by its users, the sector of physiotherapy from Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

METHODS. Using questionnaire IPPS (Instrument Standard of Research of Satisfaction), users of the Physiotherapy sector, had been interviewed in relation of, installations, attendance, qualification of the physiotherapists and employees and schedule of attendance.

RESULTS AND CONCLUSIONS. Having presented a general degree of satisfaction from users evaluated this work constitutes a positive methodology to improve the quality of physiotherapy services.

Keywords:

Physiotherapy, Qualitative Assessment, Satisfaction.

INTRODUÇÃO

A avaliação das ações de saúde vem ocupando lugar de destaque entre as ações de planejamento e gestão.

Atualmente, há tendência de se considerar as especificidades de cada contexto, incluindo as relações que se processam e produzem reflexos diretos na operacionalização de práticas de saúde¹.

Segundo o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS)² a avaliação em saúde tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos

de saúde na busca da resolubilidade e qualidade.

Com essa preocupação o Ministério de Planejamento do Brasil³ desenvolveu uma ferramenta de pesquisa de opinião padronizada que investiga o nível de satisfação dos usuários de um serviço público e foi desenvolvida para se adequar a qualquer organização pública prestadora de serviço direto ao cidadão, o IPPS, Instrumento Padrão de Pesquisa de Satisfação.

O Instrumento Padrão de Pesquisa de Satisfação (IPPS) é um questionário de pesquisa de opinião padronizado que investiga o nível de satisfação dos usuários de um serviço público e foi desenvolvido para se adequar a qualquer organização pública. Em sua concepção foram combinados elementos das principais metodologias internacionais de

1. Fisioterapeuta Coordenadora do Setor de Fisioterapia da ISCMSP.

2. Fisioterapeuta especializado em Ortopedia e Traumatologia pela ISCMSP e-mail: erichreis@yahoo.com.br.

3. Fisioterapeuta especializada em Ortopedia e Traumatologia pela ISCMSP

Recebido: 12/2009

Aceito: 03/2010

Autor para correspondência: Erich Hernani S. L. dos Reis

Email: erichreis@yahoo.com.br

medição da satisfação do usuário adaptados às necessidades e especificidades brasileiras. Vale destacar três das metodologias usadas: o American Consumer Satisfaction Index da Universidade de Michigan; o SERVQUAL desenvolvido pelos especialistas Zeithaml, Parasuraman e Berry e o Common Measurement Tool do Centro Canadense de Gestão.

Em termos quantitativos, o Centro de Reabilitação da Santa Casa - CRSC tem apresentado nos últimos anos um dos maiores atendimentos da Instituição. Em 2005 foram realizados entre consultas e procedimentos 240.000 atendimentos a usuários provenientes de todos os Departamentos da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, dentre os quais, segundo dados do departamento de gestão, o serviço de fisioterapia realizou um total de 64.868 atendimentos.

Visando a avaliação e melhoria na qualidade do serviço do setor de fisioterapia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, este trabalho realizou uma avaliação metodológica através da perspectiva do usuário.

OBJETIVOS

Avaliar metodologicamente o setor de Fisioterapia da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMS) através de um questionário (IPPS) aplicado aos usuários do serviço, avaliando separadamente: conservação e infra-estrutura; atendimento dos funcionários; capacidade dos funcionários; serviço a ser feito direito e facilidade para conseguir o serviço.

METODOLOGIA

Estudo clínico observacional, predominantemente descritivo, transversal conduzido no Setor de Fisioterapia ambulatorial do Departamento de Reabilitação da ISCMSP.

Foram incluídos usuários selecionados aleatoriamente oriundos do setor de fisioterapia do departamento de reabilitação da ISCMSP, entre 18 e 60 anos em tratamento na fisioterapia músculo-esquelética, após prévia autorização para participar do estudo através de um termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa - CEP da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo sob o número 234-08 e tendo sido utilizado como ferramenta de avaliação o IPPS.

O Instrumento Padrão de Pesquisa de Satisfação - IPPS é uma metodologia de pesquisa de opinião padronizada que investiga o nível de satisfação dos usuários de um serviço público e foi desenvolvida para se adequar a qualquer organização pública prestadora de serviço direto ao cidadão. Com o IPPS é possível elaborar questionários, calcular amostras e emitir tabelas e gráficos de análise pré-formatados disponibilizado pelo Ministério do Planejamento do Brasil, a fim de gerar um diagnóstico permanente sobre a qualidade geral do serviço público brasileiro na ótica do cidadão.

A construção do IPPS foi norteada por uma diretiva básica: gerar informações relevantes para a melhoria da gestão das organizações públicas. Para tanto, o IPPS provê um conjunto de perguntas de avaliação de satisfação que possam interessar a uma organização pública. Cada organização pode escolher, entre os itens disponíveis, aqueles que contemplem

a natureza do seu serviço, os seus interesses gerenciais e os recursos disponíveis para a pesquisa. Dessa forma, utilizando-se das baterias de avaliação e do módulo temático, cada organização poderá desenvolver um questionário que atenda a suas particularidades gerando um diagnóstico permanente sobre a qualidade geral do serviço público brasileiro.

Foram entrevistados 150 usuários atendidos no período de agosto a outubro de 2008 pelo serviço de Fisioterapia da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Os usuários foram avaliados sob duas vertentes: módulo geral de avaliação e módulo temático. Os entrevistadores em momento nenhum utilizaram jalecos, crachás ou de qualquer outro recurso pelo qual pudessem ser associados ao setor de fisioterapia, identificando-se como avaliadores do serviço de saúde pública, com o intuito de não interferir nas respostas obtidas.

O Módulo Geral de Avaliação é baseado em cinco dimensões genéricas de serviço (conservação e infra-estrutura; atendimento dos funcionários; capacidade dos funcionários; serviço ser feito direito; facilidade para conseguir o serviço) e analisado através de medições independentes (expectativa, avaliação e satisfação).

Os usuários atribuíram valores de 0 a 10 para avaliar as variáveis relacionadas à expectativa (serviço que os indivíduos esperavam receber), avaliação (serviço que os indivíduos realmente receberam) e satisfação que representa o percentual alcançado pela avaliação do serviço em relação à expectativa do mesmo. Valores abaixo de 100 indicam insatisfação, quando os usuários consideram que o serviço recebido foi pior do que o esperado. Valores maiores ou iguais a 100 indicam satisfação, quando os usuários consideram que o serviço recebido foi melhor ou igual ao esperado.

O módulo temático é dividido em gráficos específicos para determinados quesitos, apresentando facilidade para interpretação dos dados. Neste módulo de avaliação os usuários responderam questões referentes à localização, dias e horários de atendimento e avaliação de mudanças. Os entrevistados conceituaram os quesitos em ótimo, bom, regular, ruim, péssimo e NS/NR (não soube ou não respondeu). Todos os dados foram analisados estatisticamente pelo IPPS.

RESULTADOS

Segundo dados do setor de planejamento e gestão da ISCMSP, o serviço de fisioterapia ambulatorial da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo realizou entre Agosto e Outubro de 2008, 7.958 atendimentos, com uma média mensal de 2653 atendimentos, representando 557 usuários atendidos no setor de Fisioterapia Músculo-Esquelética.

A coleta dos dados foi realizada no período de Agosto à Outubro de 2008. Nesse período foram entrevistados 150 usuários com perfil adequado para a pesquisa; destes 87 (58%) do sexo feminino e 63 (42%) do sexo masculino, com idade variando entre 18 e 60 anos.

Os dados avaliados foram distribuídos na tabela 1, divididos com a média dos valores de expectativa, avaliação e satisfação. Para cálculo desses valores o IPPS utiliza a seguinte fórmula: Satisfação = (Avaliação/Expectativa) x 100, onde satisfação é o resultado entre a média dos valores de avaliação sobre a média dos valores de expectativa multiplicados por cem.

Tabela 1. Valores Médios de Avaliação Geral

Dimensão	Expectativa	Avaliação	Satisfação
Geral	8,02	8,91	111,06
Conservação e Limpeza	8,11	8,60	106,04
Atendimento dos Funcionários	8,10	9,53	117,63
Capacidade dos Funcionários	8,30	9,55	115,13
Serviço a ser Feito	8,51	8,99	105,70
Facilidade em Obtenção do Serviço	7,73	7,93	102,51

A média geral quanto à expectativa dos usuários em relação o serviço de fisioterapia foi 8,02 e 8,91 na avaliação após obtenção do atendimento.

O Atendimento dos funcionários apresentou a média mais alta de satisfação com valor médio de 117,63.

Houve satisfação em todos os itens avaliados, porém as notas de satisfação mais baixas foram atribuídas à Conservação e Limpeza (106,04), Serviço a ser Feito (105,70) e Facilidade em Obtenção do Serviço (102,51).

Foram coletados dados também em relação à localização (figura 1), horários de atendimento (figura 2) e setor que deve apresentar melhoria (figura 3).

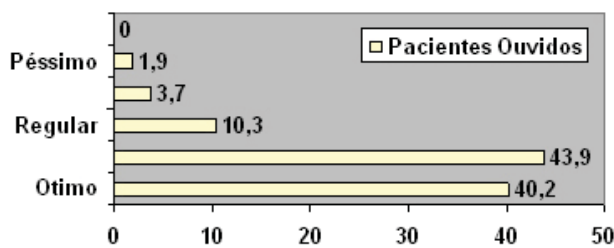


Figura 1. Localização das Instalações

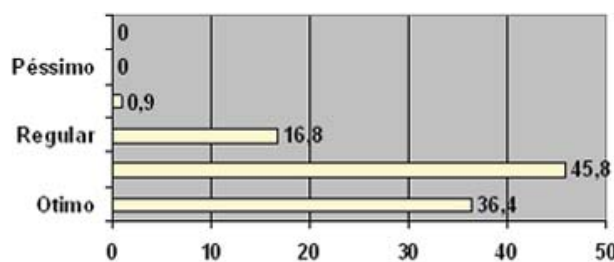


Figura 2. Horários de Atendimento

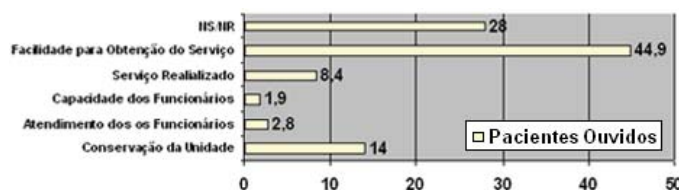


Figura 3. Setores que Devem Apresentar Melhorias

Os usuários ouvidos em relação à localização das instalações do setor de reabilitação da Santa Casa de Misericórdia pontuaram como bom e ótimo - 66 (43,9%) e 60 (40,2%), respectivamente.

Da mesma forma os usuários avaliaram os horários de atendimento e os resultados foram distribuídos na figura 2

Com relação aos horários de atendimento, 69(45,8%) usuários ouvidos avaliaram como bom os horários de atendimento, enquanto 55 (36,4%) relataram o setor ótimo.

Finalizando os resultados, os usuários ouvidos após a avaliação dos quesitos no módulo geral pontuaram quais setores dentro das 05 dimensões genéricas avaliadas (conservação e infra-estrutura; atendimento dos funcionários; capacidade dos funcionários; serviço ser feito direito; facilidade para conseguir o serviço) mereciam melhorias e os resultados

estão distribuídos na figura 3.

Os resultados apontam valores mais altos quanto à facilidade para obter o serviço de fisioterapia e a conservação da unidade, com valores respectivos de 67 (44,9%) e 21 (14%). Os demais resultados distribuíram-se entre os outros quesitos com valores mais baixos, variando entre 2,8 e 8,4%, enquanto 42 (28%) usuários não souberam responder.

DISCUSSÃO

A fisioterapia é reconhecida no Brasil como profissão desde a década de 60, porém ainda há uma lacuna a ser preenchida com conhecimento científico para embasamento em evidências nessa área⁴.

Neto e colaboradores⁵, afirmam que nas últimas décadas a Fisioterapia apresentou uma considerável ascensão, observada através da abertura de novos cursos e da procura cada vez maior de clientes ao serviço. No entanto, os serviços de Fisioterapia em nosso país são administrados por fisioterapeutas, os quais possuem uma formação superficial sobre o gerenciamento de processos de saúde, ou seja, estes serviços são analisados sob o ponto de vista dos profissionais da área da saúde onde os usuários ainda são chamados de pacientes e a administração é apenas voltada para o desempenho econômico.

Portanto, baseado em tais opiniões, há necessidade do conhecimento de novas técnicas para um resultado efetivo no tratamento dos usuários e crescimento da profissão, porém é necessário avaliarmos o impacto dessas técnicas e o relacionamento entre o fisioterapeuta, órgão de saúde e o paciente, visando à qualidade do serviço.

Bittar⁶ afirma que toda prestação de serviço em saúde tem dois componentes de qualidade: operacional, que é o processo propriamente dito, e outro de percepção, onde os usuários percebem o tipo de serviço oferecido e os prestadores sentem a oferta que fazem.

Neste contexto, as organizações que prestam serviços de saúde têm como sua razão de existência as pessoas para as quais esses serviços são fornecidos. Entretanto, além de contratarem os serviços clínicos as pessoas são parte do processo⁷.

Com a intenção de identificar o grau satisfação e necessidades dos usuários nesse processo de duas vias, os métodos de avaliação têm objetivo principal ou prioritário em seu desenvolvimento à produção de um conhecimento que seja reconhecido como tal pela comunidade científica ao qual está vinculado. Esse conhecimento servirá como fator orientador de decisão quando se colocarem questões como viabilidade, disponibilidade de tempo, recursos e demandas. As principais questões que orientam as pesquisas de avaliação e o enfoque priorizado para a formulação dos objetivos a serem atingidos dizem respeito preponderantemente à identificação de impactos obtidos pelas ações avaliadas⁸.

A incorporação do usuário na avaliação tem sido valorizada não apenas por constituir-se um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, mas por estar potencialmente relacionada à maior adequação no uso do serviço⁹. Aspectos ligados a mudanças de comportamento, incluindo adesão à orientação fornecida, podem ser identificados como resultantes do engajamento do usuário como responsável pela avaliação¹⁰.

Para Silvia e Formigli¹¹, a satisfação do usuário diz respeito à percepção subjetiva que o indivíduo tem com o cuidado que recebe, assim como identificado neste trabalho, onde os usuários apresentam grande carência tanto de parte econômica como afetiva, dessa forma a atenção oferecida pelos prestadores já se destaca como diferencial. O grau de satisfação ou de insatisfação pode decorrer das relações interpessoais entre o profissional e o paciente. Ademais, ele pode se relacionar com aspectos da infra-estrutura, material dos serviços (existência de equipamentos, medicamentos, etc.), com as amenidades (ventilação, conforto, etc.) e também com as representações do usuário sobre o processo saúde-doença. O grau de adesão do paciente ao tratamento e as ações preventivas recomendadas pelos profissionais pode ser influenciado por esses aspectos do cuidado.

Neste estudo, as notas de satisfação mais baixas, foram atribuídas quanto à facilidade para conseguir o serviço, devido a demanda muito grande de usuários em relação ao número de fisioterapeutas, o que conseqüentemente gera um fluxo de usuários muito grande, uma diminuição no período efetivo para a terapia e aumento das listas de espera para atendimento.

No Brasil as sessões de tratamento fisioterapêutico duram em média 30 a 50 minutos e são realizadas cerca de 10 sessões por paciente, mesmo no âmbito particular. Porém, os usuários da Santa Casa recebem de um serviço público tratamento individual durante 30 minutos, em dois turnos, das 07h às 12h e 14h às 19h, de segunda a sexta, com plantões de atendimento aos sábados, das 07h30min às 12h, e números de sessões mais elevados que a média nacional, o que pode ser a razão da satisfação dos usuários com a disponibilidade dos horários de atendimento e com o fisioterapeuta.

Além disso, o setor avaliado se encontra numa região central da cidade, próximo a diversos meios de transporte metropolitano, o que facilita o acesso e corrobora com a opinião dos usuários que demonstra uma maior satisfação da população ouvida com a localidade das instalações do serviço avaliado. Em sua maioria os usuários atribuíram notas mais altas ao serviço em geral após obterem atendimento, o que pode demonstrar falta de expectativa pela fisioterapia ou pelos próprios serviços de saúde pública no Brasil.

A abordagem qualitativa em avaliação refere-se a estudos de significados, significações, ressignificações, representações psíquicas e sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida e analogias. Os sistemas de saúde têm abordado, entre outros temas: mecanismos de adaptação; adesão e não adesão a tratamentos; estigma; cuidados; reações e papéis de cuidadores profissionais e familiares; fatores facilitadores e dificuldades frente à profissão, tratamento e as condições de trabalho¹².

Com base nesses conhecimentos, são desenvolvidas diversas ferramentas de avaliação, que servem de norteadores para correções e aprimoramento no serviço de saúde.

Dessa forma a utilização do IPPS nos serviços de saúde, especificadamente a fisioterapia, pode contribuir como ferramenta importantíssima na identificação de fatores qualitativos na relação fisioterapeuta e órgão de saúde para com o paciente.

Porem apesar das ferramentas citadas acima, ressaltam-se algumas barreiras para realização de uma avaliação em larga escala, como identificado nesse trabalho e relatado

por Silva e Formigli¹¹ em seu trabalho, como variações terminológicas, efetividade, aplicabilidade e deficiência na obtenção de dados.

A demanda e fluxo de usuários no setor de fisioterapia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo representa grande dificuldade para obtenção de dados, o que requer planejamento prévio adequado mediante tal fluxo permitindo uma melhor obtenção de avaliações sem interferir no período de atendimento dos usuários.

A aplicabilidade de um questionário e obtenção de respostas validas apresenta dificuldade devido ao nível de instrução dos usuários atendidos. O serviço avaliado presta serviço ao (SUS), Sistema Único de Saúde que basicamente atende a fatia mais carente da população brasileira, com média de ensino de 1º grau incompleto.

Variações e adaptações de metodologias dificultam a avaliação e não atendem as necessidades da mesma em sua totalidade. A grande diversidade de variáveis tanto intrínsecas como extrínsecas nesse tipo de trabalho é responsável por entraves que dificultam o uso de uma metodologia que atenda na totalidade o interesse do avaliador e a necessidade do avaliado.

CONCLUSÃO

A ausência de estudos similares causa certa deficiência na obtenção de uma metodologia satisfatória a ser aplicada, os resultados obtidos entre a população ouvida de forma geral, apontam um índice de satisfação dos usuários do serviço de fisioterapia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Porém são necessários estudos similares e contínuos nessa linha de pesquisa, a fim de confirmar dados, comparar resultados e verificar de melhorias no atendimento.

REFERÊNCIAS

1. Bosi M, Uchimura K. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde. Rev Saúde Pública 2007;41(1):150-3.
2. Ministério da Saúde: Programa nacional de avaliação de serviços de saúde – PNASS. 4ª Edição. Brasília-DF, 2004.
3. Gespublica.gov.br [homepage] Ministério do Planejamento e Orçamento. Disponível em <<http://www.gespublica.gov.br>>. Acessado em 10 de Abril de 2008.
4. Siqueira F, Facchini L, Hallal P. Epidemiology of physiotherapy utilization among adults and elderly. Rev Saúde Pública 2005;39(4):663-8.
5. Neto AC, Nicoloso AR, Bosa A, Signori LU. O Desdobramento da função qualidade para o gerenciamento do atendimento fisioterapêutico em um hospital de guarnição, estudo de caso [Tese]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Santa Maria; 2000.
6. Bittar O. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. Rev Ass Méd Brasil 1999; 45(4): 357-63.
7. Leonar TB. Fatores que afetam a satisfação de pacientes em serviços de saúde: um estudo em setor ambulatorial de hospital [Tese]. Rio Grande do Norte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2004.
8. Novaes H. Avaliação de programas, serviços e tec-

nologias em saúde. Rev Saúde Pública 2000;34(5):547-59.

9. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes M. A construção social da estratégia de saúde da família: condições, sujeitos e contextos. 2001. PNEPG, CNPq.

10. Esperidião M, Trad L. Avaliação de satisfação de usuários. Ciência e Saúde Coletiva 2005, 10(sup): 3003-312.

11. Silva L, Formigli V. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. Cad. Saúde Pública 1994, 10 (1): 80-91.

12. Martins M, Bógus C. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.44-57, set-dez 2004.

