

Volume 2, Número 1
1º semestre de 2015

ISSN: 2237-3756

lifeStyle

JOURNAL

UNASPRESS



Centro Universitário Adventista de São Paulo



Centro Universitário Adventista de São Paulo

Centro Universitário Adventista de São Paulo

Fundado em 1915 — www.unasp.edu.br

Missão: Educar no contexto dos valores bíblicos para um viver pleno e para a excelência no serviço a Deus e à humanidade.

Visão: Ser uma instituição educacional reconhecida pela excelência nos serviços prestados, pelos seus elevados padrões éticos e pela qualidade pessoal e profissional de seus egressos.

Administração da Entidade Mantenedora (IAE)	Diretor Presidente: Domingos José de Souza Diretor Administrativo: Élnio Álvares de Freitas Diretor Secretário: Emmanuel Oliveira Guimarães
Administração Geral do Unasp	Reitor: Euler Pereira Bahia Pró-Reitora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão: Tânia Denise Kuntze Pró-Reitora de Graduação: Sílvia Cristina de Oliveira Quadros Pró-Reitor Administrativo: Élnio Álvares de Freitas Secretário Geral: Marcelo Franca Alves
Campus Eng. Coelho	Diretor Geral: José Paulo Martini Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão: Francisca Pinheiro S. Costa Diretor de Graduação: Afonso Ligório Cardoso
Campus São Paulo	Diretor Geral: Hélio Carnassale Diretor de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão: Marcos Natal de Souza Costa Diretor de Graduação: Iلسon Tercio Caetano
Campus Virtual	Diretor Geral: Valcenir do Vale Costa
Faculdade de Teologia	Diretor: Emilson dos Reis Coordenador de Pós-Graduação: Ozeas Caldas Moura Coordenador de Graduação: Adolfo S. Suárez
Faculdade Adventista de Hortolândia	Diretor: Euler Pereira Bahia Secretário Geral: Marcelo Franca Alves Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão: Tânia Denise Kuntze Diretora de Graduação: Sílvia Cristina de Oliveira Quadros
Campus Hortolândia	Diretor Geral: Alacy Mendes Barbosa Diretor de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão: Eli Andrade Rocha Prates Diretora de Graduação: Elna Pereira Nascimento Cres

UNASPRESS

Imprensa Universitária Adventista

Editor: Rodrigo Follis

Editor Associado: Felipe Carmo

Conselho Editorial: José Paulo Martini, Afonso Cardoso, Elizeu de Sousa, Francisca Costa, Adolfo Suárez, Emilson dos Reis, Rodrigo Follis, Ozeás C. Moura, Betania Lopes, Martin Kuhn

A Unaspres está sediada no Unasp, campus Engenheiro Coelho, SP.

Editora e revista associadas:





revista lifestyle journal

Editor chefe
Editor associado

Prof. Dr. Elias Ferreira Pôrto
Prof. Dr. Fabio Marcon Alfieri

Corpo editorial e Conselho

Prof. Dr. Carlos Antonio Teixeira
Prof. Dr. Gil Lúcio Almeida
Prof. Dr. Antônio Adolfo Mattos de Castro
Prof. Dr. Vinicius Carlos iamonti
Dra. Kátia Ferreira de Oliveira
Prof. Dr. Leonardo Tavares Martins
Prof. Dra. Claudia kumpel
Prof. Dra. Maria Cecilia Leite de Moraes
Prof. Dra. Maria Dyrce Dias Meira
Prof. Dra. Gina Abdala
Prof. Dra. Marcia Maria Hernandes de Abreu de Oliveira Salgueiro
Prof. Dr. Marcos Natal de Souza Costa
Prof. Dra. Natália Oliveira Vargas e Silva
Prof. Dra. Marcia Cristina Teixeira Martins

unaspress

Editoração:
Revisão:
Projeto gráfico:
Normatização:
Revisão de abstracts:

Rodrigo Follis, Felipe Carmo
Ricardo Santana, Leonardo Gubert
Edimar Veloso
Thamires Sousa, Vinicius Aguiar
Ilana de Oliveira

A revista Life Style Journal utiliza o Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER), software desenvolvido para a construção e gestão de publicações eletrônicas, traduzindo e customizado pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT).

Esta revista se encontra sob a Licença Creative Commons Attribution 3.0.

O Conselho Editorial não assume a responsabilidade pelo material publicado nesta revista. Os trabalhos publicados representam o pensamento dos autores.

FICHA CATALOGRÁFICA

L7227 Life Style Journal — Centro Universitário Adventista de São Paulo, v. 2, n. 1 (1º semestre de 2015). São Paulo: Unaspress — Imprensa Universitária Adventista, 2015.

Semestral

ISSN: 2237-3756 (online)

1. Interdisciplinar
2. Ciências da Saúde
3. Promoção da Saúde



EDITORIAL

7

Sumário

PERCEÇÃO DE LESÕES MUSCULARES EM PRATICANTES DE
MUSCULAÇÃO EM ACADEMIAS COM E SEM SUPERVISÃO DE
FISIOTERAPEUTA: UMA ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE

*Antonio A. M. Castro, Raqueli Pasini Zellinguer Guerino,
Taise Keller Ferreira, Leslie Andrews Portes e Elias Ferreira Porto*

11

IDENTIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES HIGIÊNICO-
SANITÁRIAS NA COMERCIALIZAÇÃO DE PEIXES EM
FEIRAS LIVRES NA ZONA SUL DE SÃO PAULO/SP

Daiane Soares Macedo, Maredith Luzia Martins e Márcia Lopes Weber

23

EXPOSIÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO ESTRESSE NO AMBIENTE
DE TRABALHO NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Diego Lurentt Camponês, Ivone Corsi, Patrícia de Azevedo Loli e Danilo Tavares de Lima

31

COMPARAÇÃO DA FLEXIBILIDADE, INTENSIDADE DA
DOR E FUNCIONALIDADE DE PORTADORES DE HÉRNIA
DISCAL SUBMETIDOS À HIDROCINESIOTERAPIA
VERSUS CINESIOTERAPIA CLÁSSICA
Fábio Marcon Alfieri, Francieli Teixeira Lutting, e Bruna Piergentile

45

A EXPERIÊNCIA DO COMA E SEUS ASPECTOS
PSICOLÓGICOS NO CONFRONTO COM A MORTE
Irella Borges dos Santos Barbosa e Nice Corrêa Machado Fontes

55

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

69



POR UM NOVO ESTILO DE VIDA

Elias Porto

Estilo de vida é uma expressão moderna que se refere à estratificação da sociedade por meio de aspectos comportamentais, expressos geralmente sob a forma de padrões de consumo, rotinas, hábitos ou uma forma de vida adaptada ao dia a dia. Estilo de vida é a forma pela qual uma pessoa ou um grupo de pessoas vivenciam o mundo e conseqüentemente se comportam e fazem escolhas.

É fácil perceber que o estilo de vida tem sido objeto de estudo nos últimos anos. Atualmente se argumenta que doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes mellitus, hipertensão arterial e síndrome metabólica podem estar associadas ao estilo de vida vivido. Apesar de não estar estabelecida completamente a relação causa e efeito entre o estilo adotado e surgimento destas doenças, já se sabe que a prevalência das mesmas é maior entre tabagistas, sedentários, etilistas e indivíduos que consomem dietas mais ricas em gorduras e pessoas estressadas.

Os aspectos mais frequentemente abordados nas avaliações do estilo de vida são o comportamento social, a forma de se enfrentar o estresse, a nutrição, a prática de atividade física, ausência de drogas e do uso de tabaco e álcool. Alguns estudos têm mostrado que a mudança no estilo de vida pode diminuir os fatores de risco para doenças cardiovasculares. O que leva a crer que um estilo de vida compatível com bons hábitos deve ser desenvolvido o mais precocemente possível. O que, se não for feito, deixa nos um alerta, afinal, os fatores relacionados ao estilo de vida desfavoráveis e modificáveis são a causa de 50% das mortes (entre as 10 causas mais importantes), incluindo: doenças cardíacas, câncer, derrame cerebral e doença pulmonar crônica.

Em resumo, vários hábitos, que foram adquiridos com o estilo de vida moderno, têm proporcionado efeitos negativos à saúde. As mudanças ocorridas no estilo de vida das sociedades urbanas e industrializadas, incluem uma vida mais sedentária, o aumento do peso corporal, ingestão pobre em alimentos integrais, poluição e contaminação ambiental; maior competitividade e necessidade de atualização devido a um crescente número de informações do meio, maior envolvimento social e maior exposição à violência. E é dentro dessa discussão que a presente edição da Life Style Journal se insere, em uma constante busca por pesquisas científicas, interdisciplinares, que ajudem o ser humano a entender o que seria melhor fazer em nossa constante busca por um melhor estilo de vida. Por isso, bem-vindos à nossa nova edição. A revista agora conta com uma nova roupagem, novo endereço, nova parceria, a Unaspress (editora do Centro Universitário Adventista de São Paulo), mas mantém a mesma qualidade e foco que a originou. Sendo assim, só nos resta desejar uma boa leitura e um excelente estilo de vida para todos os nossos leitores.

Infos



Artigos

Artigos



PERCEPÇÃO DE LESÕES MUSCULARES EM PRATICANTES DE MUSCULAÇÃO EM ACADEMIAS COM E SEM SUPERVISÃO DE FISIOTERAPEUTA: UMA ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE

Antonio A. M. Castro¹

Raqueli Pasini Zeilinger Guerino²

Taise Keller Ferreira³

Leslie Andrews Portes⁴

Elias Ferreira Porto⁵

Resumo: Avaliar a incidência de lesões percebidas pelos praticantes de treinamento resistido com pesos, a presença do fisioterapeuta em espaços comerciais e determinar custos relacionados. Procedimentos básicos: em amostragem por conveniência avaliou-se 19 academias da região sul de São Paulo/SP comparando-se os resultados em áreas da classe C2 (G1) e A2 (G2) e academias com fisioterapeuta (CF) e sem (SF). Um questionário de autoperenchimento foi aplicado a 19 proprietários e 176 usuários. Resultados mais importantes: Do G1, 68% dos alunos realizaram análise postural e 80% do G2 ($p=0,0093$). Obteve-se que 75% dos alunos não perceberam lesão, contudo há mais lesões percebidas no G2 (24,7%) que no G1 (12%) ($p=0,05$). Fisioterapeutas atuam em 31,57% das academias. Destes, 83,33% pertencem ao G2; porém apenas 22,7% dos alunos sabem de sua presença; dos que não sabem, 60% perceberam lesão ($p=0,0054$). Nas academias SF a percepção é de 11,1% e CF 29,1% ($p=0,0037$). No G1 e SF o custo da mensalidade é aproximadamente 50% menor que nos outros grupos. Apenas 2,8% da amostra se importam com aumento do custo e 64,8% gostariam da assistência do

.....

¹ Doutor e mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Especialização em Fisioterapia Cardiopulmonar pelo Incor HCFMUSP. Graduado em Fisioterapia pela Universidade de Mogi das Cruzes. Atualmente é professor adjunto da Universidade Federal do Pampa (Unipampa).

² Bacharelada em Fisioterapia pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp).

³ Especialista em Fisioterapia Dermato Funcional e Cosmetologia pela Faculdade Inspirar. Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo.

⁴ Doutorando em Ciências da Saúde e Fisiologista do Exercício pela Unifesp-EPM. Graduado em Educação Física pela Universidade Metodista de Piracicaba. Professor no Centro Universidade Adventista de São Paulo (Unasp). Coordenador do LAFEX (Laboratório de Fisiologia do Exercício).

⁵ Doutor em Ciências da Saúde e mestre em Reabilitação Pulmonar pela Unifesp. Graduado em Fisioterapia pela Universidade Guarulhos, especializado em Fisioterapia Cardiopulmonar pelo Instituto do Coração (Incor – USP) e pela Unifesp. Atualmente é professor do mestrado em promoção da saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp).

fisioterapeuta. Principais conclusões: a percepção de lesões é baixa, porém, no SF é menor que no CF devido à falta de identificação destas. Há poucos fisioterapeutas atuando em academias de musculação e os alunos gostariam de sua presença. Academias do G2 e CF são mais caras, contudo na visão dos alunos isso é custo-efetividade.

Palavras-chave: Academias de musculação; lesão; fisioterapia

Perception of muscle injuries in practioners in bodybuilding gyms with or without physiotherapist supevisions: An analysis of cost-effectiviness

Abstract: Evaluate injury perception by practitioners and the presence of the physiotherapist related to disease prevention. **Basic procedures:** A self-completion questionnaire was used with 19 gym owners and 176 users comparing the results in low (G1) and high social economic status (G2) neighborhood as well as gyms with (PT) and without physiotherapist (Non-PT). **Main Results:** G1 presented 68% of practitioners that completed postural analysis and 80% in the G2 ($p=0.009$). 75% of the practitioners did not report any injury, yet there were more injuries in the G2 (24.7%) than in G1 (12%) ($p = 0.05$). Physiotherapist were hired in 31.5% of gyms, 83.3% of those belonging to the G2, however only 22.7% of practitioners knew of their presence and 60% of practitioners who did not realize the physiotherapist within their gym reported an injury of any kind ($p=0.005$). In the Non-PT gym, injury perception was 11.1% and in the PT gym, was 29.1% ($p=0.003$). In G1 and Non-PT the monthly fee is approximately 50% lower than in the other groups, however only 2.8% of the sample cares about the cost as 64.8% of practitioners would like to have a physiotherapist in their gyms. **Primary Conclusions:** Injury perception is low, however is less observed in the Non-PT than in the PT group. There are few physical therapists working in bodybuilding gyms despite being required. Gyms in the G2 and PT groups are more expensive but practitioners believe it is cost effective.

Keywords: Bodybuilding gyms; njury; physiotherapy

Atualmente, a população tem buscado formas de melhorar suas condições de saúde tanto física como social. Uma estratégia comum é ingressar em uma academia de musculação. Contudo, esta população está exposta a lesões decorrentes da prática de exercícios bem como a exacerbação de desvios posturais e musculares pré-existentes. Silva *et al.* (2005) verificaram que a maioria dos indivíduos, iniciantes de um programa de atividade física em academia de ginástica, apresentam histórico de lesões nas grandes articulações, como o joelho (36%) e ombro (26%). Assim, é necessário o acompanhamento e avaliação adequada desses indivíduos para que não ocorra agravamento de suas alterações musculares e nem o surgimento de novas lesões (ROLLA, 2004).

O diagnóstico precoce das alterações posturais por meio da avaliação, a adoção de medidas profiláticas efetivas e uma intervenção adequada em diferentes períodos de treinamento

podem prevenir a ocorrência de lesões, bem como contribuir para o aumento do desempenho do praticante de exercício físico. Para que a atividade física atinja o objetivo que pretende, faz-se necessária que a carga de trabalho seja individualizada. Habitualmente, isso é realizado por meio de uma avaliação física na qual se analisam variáveis que forneçam dados importantes para a elaboração e reajuste dos programas de atividade física. Quanto mais informações referentes ao avaliado, melhor será a prescrição do treinamento físico (CERIANI *et al.*, 2005).

O fisioterapeuta é um dos profissionais indicados para a realização da avaliação postural sendo recomendado que acompanhe o treinamento esportivo, visando à prevenção de possíveis lesões e alterações posturais (JUNIOR *et al.*, 2004). Isto, juntamente com o educador físico, através de um trabalho multidisciplinar, trará benefícios ao praticante. Apesar de a população possuir consciência da importância da atuação do fisioterapeuta na academia de ginástica (DREHER; GODOY, 2003), nota-se a falta deste nas academias por motivos desconhecidos.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a incidência de lesões percebidas pelos praticantes de musculação; identificar a prevalência da presença do fisioterapeuta e o custo efetividade do mesmo em academias de musculação da região sul da cidade de São Paulo. A hipótese formulada é a de que apesar de um custo maior com a presença do fisioterapeuta em academias, este profissional é importante para prevenir e identificar lesões relacionadas à prática desportiva.

Materiais e métodos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Adventista de São Paulo, protocolo número 095/2009. A amostragem foi feita por conveniência e envolveu 19 academias cadastradas no Conselho Regional de Educação Física (CREF), todas na zona sul da cidade de São Paulo. Estas foram selecionadas por meio de sorteio simples, divididas entre áreas de classe C2 (G1) e A2 (G2) e também com e sem fisioterapia (CF/SF).

Foi *aplicado* um questionário para o proprietário ou responsável da academia, além de outros para aproximadamente 10 alunos de cada academia, escolhidos por conveniência. Foram incluídos alunos com faixa etária de 18 a 60 anos de idade, que frequentavam a academia no mínimo três vezes por semana há pelo menos seis meses. Foram excluídos alunos que retiraram seu consentimento durante o protocolo. Após a assinatura do termo de consentimento de cada indivíduo avaliado e também do proprietário da academia, foram aplicados os questionários específicos. O tempo de preenchimento foi de aproximadamente seis minutos. Logo após isso, o questionário foi recolhido pelos avaliadores.

Os questionários foram construídos a partir de modelos existentes (ver CASTRO, 2008; HELVÉCIA, 2008; SILVA, 2007), utilizando questões fechadas e com o resultado avaliado a partir da somatória de questões elaboradas pelos autores. As perguntas aplicadas aos proprietários teve ênfase na estrutura profissional da academia e o questionário aplicado aos clientes teve seu foco nas lesões acometidas e ao atendimento fisioterapêutico.

Análise estatística

Os dados foram apresentados como média e desvio padrão. Foi utilizado o teste exato de Fisher para a comparação das respostas vindas dos proprietários, em relação ao custo, e dos praticantes, em relação a lesões da prática desportiva. Se optou pela definição entre classes alta e baixa e academias com e sem fisioterapia. Foi considerado como significativo um $p \leq 0,05$.

Resultados

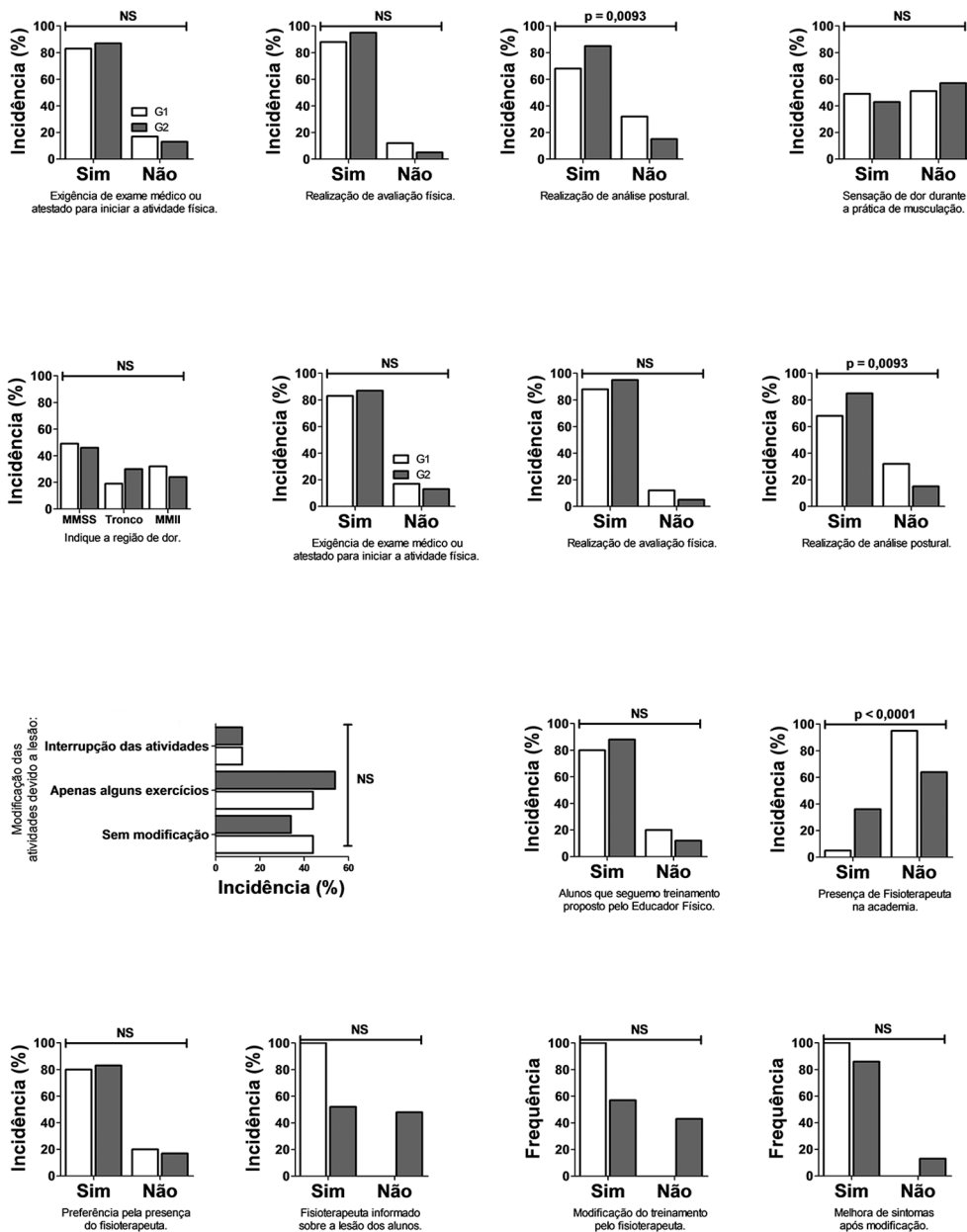
Foram aplicados 230 questionários em alunos praticantes de musculação sendo 110 alunos do grupo G1 e 120 do grupo G2. Destes, 75 do G1 e 101 do G2 foram utilizados, totalizando 176 questionários analisados. Das 29 academias envolvidas, 19 proprietários aceitaram participar da pesquisa e 10 se recusaram, sendo analisados dados de uma academia do grupo G1 e nove do grupo G2. Ao todo, 123 participantes (69,9%) eram do sexo masculino e o restante do feminino. A média de idade foi de 31 anos, porém, o G2 teve significativamente maior idade que G1 ($p=0,0004$). O tempo de prática de musculação realizado no G1 teve média de 37 meses e do G2 de 59 meses. De toda a amostra, 74,4% frequentam a academia mais de três vezes por semana, sendo que este percentual é de 90,6% no G1 e 62,4% no G2 (tabela 1).

Tabela 1 — características demográficas e de atividade física da amostra.
Dados apresentados em média \pm desvio padrão

Variáveis	G1	G2	p
Gênero (H/M)	55/20	78/23	-
Idade (anos)	28,6 \pm 8,7	33 \pm 10,2	0,001
Tempo de musculação (anos)	2,9 \pm 3,5	5,2 \pm 5,2	0,0004
Tempo de musculação (meses)	1,86 \pm 2,89	1,14 \pm 2,44	0,0004
Frequência semanal (=3 vezes)	0,1 \pm 0,29	0,24 \pm 0,43	0,007
Frequência semanal (>3 vezes)	0,9 \pm 0,37	0,75 \pm 0,43	0,007
Renda (R\$)	(C2) 711,37	(A2) 6.498,82	-

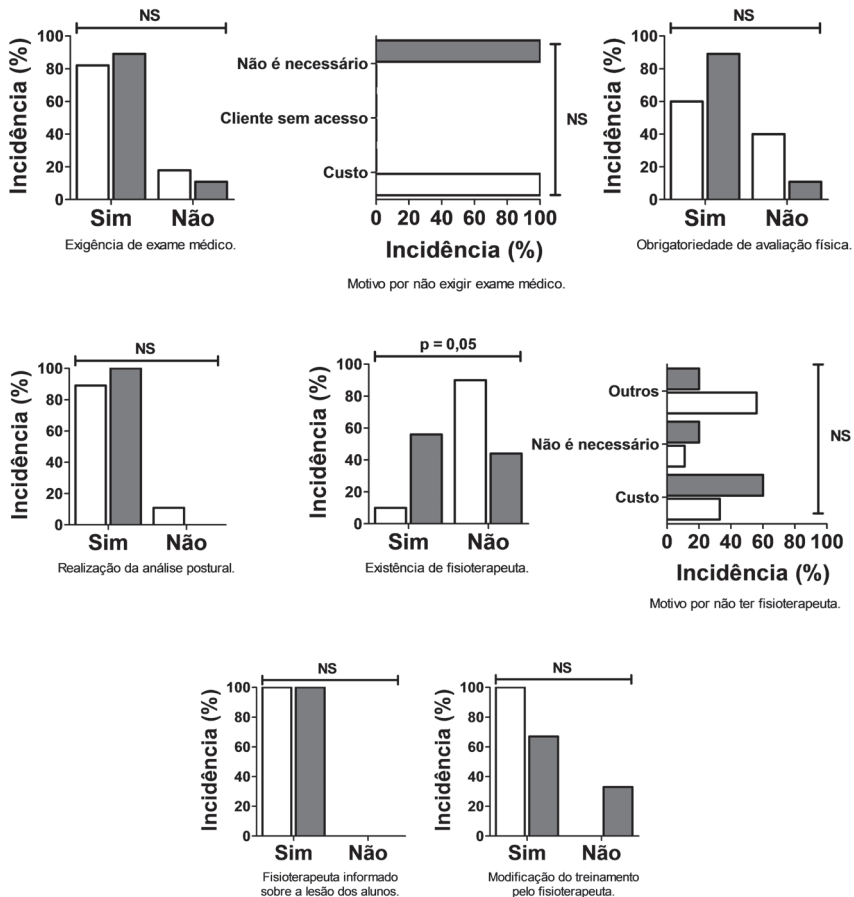
Dentre as academias, apenas uma (do G1) relatou não realizar análise postural, contudo somente 68% dos participantes do G1 e 80% do G2 relatam ter realizado análise postural ($p=0,0093$) (figura 1). Grande parte dos alunos não relatou a percepção de lesões musculares, contudo observa-se maior quantidade de lesões percebidas no G2 (24,7%) do que no G1 (12%) (figura 1).

Figura 1 — comparativo de alunos de academias de classe baixa (G1) e alta (G2) da região Sul da de São Paulo



De todas as academias analisadas, 31,6% possuíam fisioterapeuta, sendo 83,3% destas pertencentes ao G2 (Figura 2).

Figura 2 — respostas dos questionários dos proprietários ou responsáveis das academias de musculação da região sul da cidade de São Paulo

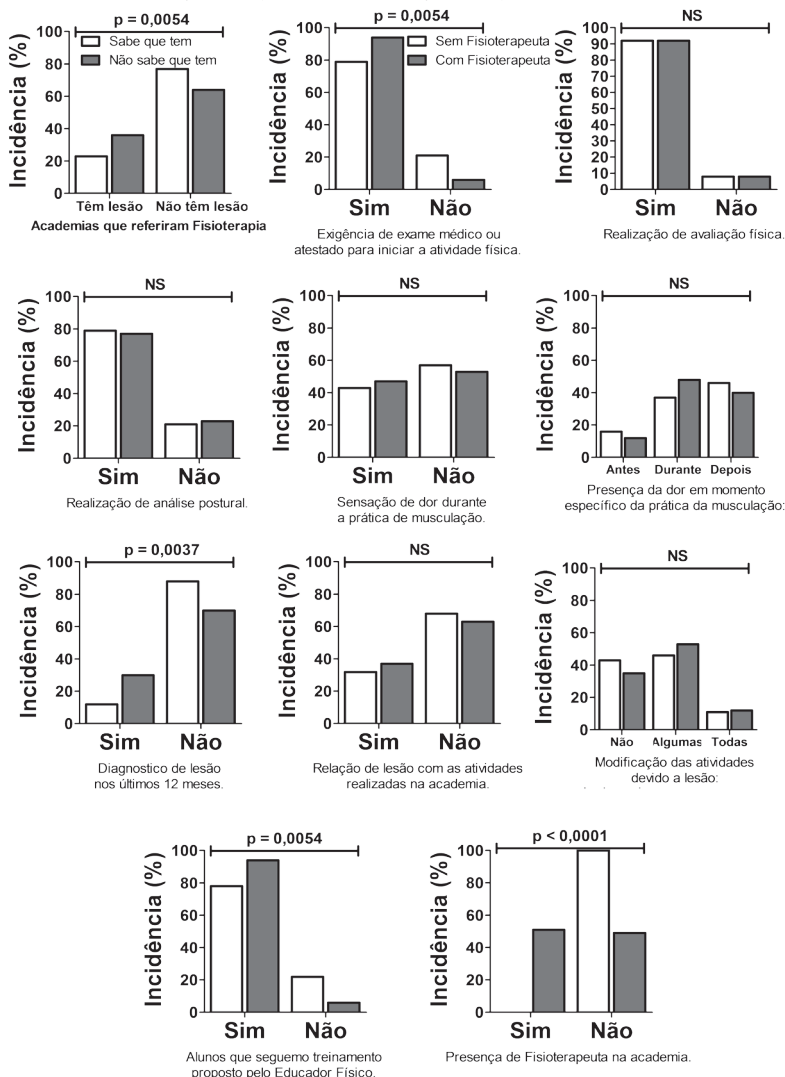


Porém, apenas 22,7% dos alunos sabiam da presença do profissional; 40% destes perceberam alguma lesão; e 60% dos que não sabem de sua presença perceberam sua lesão ($p=0,005$ / figura 3). O número de alunos que não tiveram lesão e sabiam da presença do fisioterapeuta (56%) é maior que o dos alunos que não sabiam (44%) ($p=0,005$) (figura 3).

Os alunos do grupo SF relataram mais dor depois da prática de musculação e os alunos do grupo CF relataram mais dor muscular durante a musculação ($p=0,006$). No grupo CF a exigência de exame

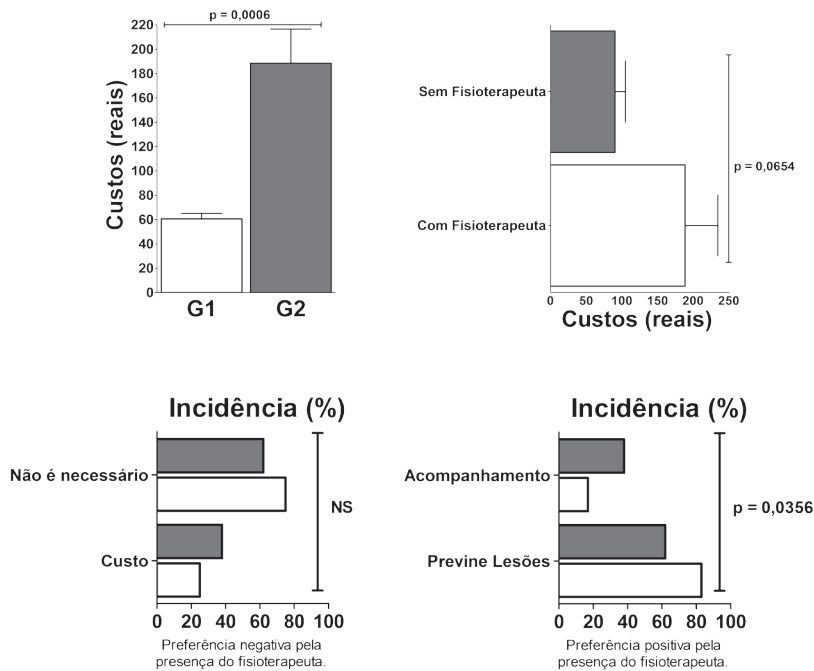
médico foi mais frequente do que no grupo SF (93,7% vs 78,8%, $p=0,005$). No grupo SF a percepção de lesão é de 11,1% enquanto que no grupo CF a percepção de lesão alcançou 29,1% ($p=0,003$). Os alunos que seguem o programa de treinamento proposto pelo educador físico totalizam 84% de toda amostra, sendo 92,4% dos alunos do grupo CF e 77,8% dos alunos do grupo SF ($p=0,005$) (figura 3).

Figura 3 — A) Conhecimento da presença do fisioterapeuta em academias que oferecem esse serviço, relacionando com a percepção de lesão. B) Respostas dos questionários dos alunos comparando academias com fisioterapeuta (CF) e sem fisioterapeuta (SF).



No G1 e SF o custo da mensalidade é cerca de 50% menor que no outro grupo. No entanto, apenas 2,8% da amostra demonstraram desconforto com o aumento da mensalidade para que o atendimento fisioterapêutico fosse possibilitado. De toda amostra, 64,8% gostariam de ter a assistência fisioterapêutica; destes, 37,5% gostariam devido ao fato de acreditarem que a atuação deste profissional previne lesões; e 14,8% por terem um acompanhamento individualizado (figura 4).

Figura 4 — A) Mensalidades da musculação comparando academias de classe baixa (G1) com classe alta (G2) e academias com fisioterapeuta (CF) e sem fisioterapeuta (SF). B) Preferência positiva e negativa pela presença do fisioterapeuta nas academias de musculação da região sul da cidade de São Paulo.



Discussão

Quando desempenhados e acompanhados adequadamente, os exercícios de musculação são extremamente seguros, com taxas muito baixas de lesão, se comparados com a maioria de outros esportes e atividades recreativas (SIMÃO, 2004). Os resultados deste estudo evidenciam

que grande parte dos alunos segue o treinamento proposto pelo Educador Físico e o índice de lesões percebidas pelos alunos em academias de musculação da região sul de São Paulo é baixo.

Ainda assim, academias sem fisioterapeuta tiveram menor índice de percepções de lesão, fato que é atribuído à falta de identificação de lesões e a falta de ciência por parte do possível lesionado. Nota-se também que as academias que possuem fisioterapia têm uma clientela de maior idade, que frequenta a academia há mais tempo, ainda que pratiquem a atividade menos vezes por semana. Adicionalmente, este público parece mais propenso a lesões (SOUZA; IGLESIAS, 2002). O índice de lesão dos alunos que sabem da presença do fisioterapeuta é menor que o de alunos que não sabem, demonstrando que a possível intervenção do fisioterapeuta tem o fundamental papel de prevenir lesões. Aliado a isto, a informação do praticante em relação à atuação dos diferentes profissionais faz com que ele relate quaisquer alterações que perceba.

Os alunos que relataram lesão não a atribuíram a prática de musculação. Contudo, Rolla *et al.* (2004) constataram que 48% dos praticantes de atividade física acreditam que a lesão esta relacionada a atividades realizadas nas academias. Evidenciou-se que alunos do grupo CF relataram maior intensidade da dor durante a prática de musculação e o grupo SF após a mesma. Barbanti (1990) relata que a dor durante a prática da atividade física é aguda. Esse tipo de dor é, na maioria das vezes, devido a um fluxo insuficiente de sangue nos músculos durante a contração isométrica. No entanto, esta cessa prontamente uma vez interrompido o *stress* que a causou. Barbanti (1990) afirma que o ácido lático acumulado devido ao exercício é um dos principais componentes que causam dor. Porém, sua taxa de remoção no músculo esquelético também ocorre de forma rápida e não é duradoura como nos relatos de dor após 24-48 horas do exercício. Há várias explicações possíveis para a dor muscular persistente a longos períodos relacionados a um treino de força: roturas microscópicas no tecido muscular, mudanças na pressão osmótica e retenção de água, espasmo muscular, super alongamento e roturas (micro lesões) do tecido conectivo (BARBANTI, 1990). Sendo assim, a dor muscular após o treinamento é prejudicial e o acompanhamento fisioterapêutico ajuda a redução de dores após o treino.

Dutra *et al.* (2010) descrevem a importância de identificar a prevalência de alterações posturais em adolescentes antes da realização de atividades físicas por meio da análise postural. Isso para que se possam realizar ações preventivas, orientações e prescrições de exercícios específicos, levando em consideração as características de cada alteração postural, complementando o treino proposto pelo educador físico, no intuito de proteger o avaliado de determinadas lesões durante a execução de movimentos, como também, a detecção das limitações provenientes das alterações (PEREIRA *et al.*, 2007). O presente estudo mostra que as academias disponibilizam uma avaliação postural, porém, nem todos os alunos a realizaram e os alunos do G1 realizaram menos avaliações que o G2. As academias do grupo CF exigem em maior número o exame médico e a avaliação postural que o grupo SF. Observa-se assim que academias que exigem o exame médico, a avaliação postural e onde os alunos seguem mais o treino proposto pelo educador

físico são academias que demonstram mais seriedade e compromisso com o aluno. Além disso, são academias que inserem o fisioterapeuta em sua equipe.

A presença do fisioterapeuta nas academias de musculação é baixa e estão localizadas em regiões de classe alta, onde o custo das academias é maior e oferecem um serviço diferenciado e mais completo. Grande parte dos alunos gostaria que a academia fornecesse o serviço de fisioterapia, devido ao acompanhamento individualizado, fator mais visado pelo G2, e também pela prevenção de lesões, fator valorizado por ambos os grupos. Alguns relatos dos alunos que gostariam de fisioterapeutas em suas academias são: “para ter uma equipe de diferentes formações, tendo visões diferentes para o bem estar dos alunos”; “para maior segurança nos treinos”; “esclarecimento quanto a equilíbrio postural”; “continuidade de tratamento, pois não tem dinheiro para convênio”. Demonstrando que esses alunos tem maior consciência da importância de um trabalho multidisciplinar envolvendo um fisioterapeuta, se comparado com os alunos que não acham necessário o fisioterapeuta na academia.

Apesar de não ser significante, a maior parte dos proprietários não tem fisioterapia na sua academia devido ao custo, mostrando que sabem da importância do fisioterapeuta na academia. Contudo, provavelmente não realizam estudos de custo-efetividade. Outros proprietários relatam que: “não é do meu conhecimento”; “por falta de uma proposta de trabalho que venha enriquecer a todos (aluno, professor, fisioterapeuta e empresa)”. Apesar do custo elevado, os alunos aparentaram não importar-se com o possível acréscimo de custo da inserção do fisioterapeuta na equipe. Dreher e Godoy (2003), em seu estudo, relatam que a preferência dos clientes no ambiente da academia mostrou-se não depender do valor atribuído ao serviço prestado e que mais de 50% da amostra acha extremamente necessária a presença de um profissional de fisioterapia na academia.

Deste modo, Baroni *et al.* (2010) afirmam que a presença do profissional de fisioterapia nas academias constitui-se, mais do que uma tendência de mercado, em um investimento na qualidade dos serviços prestados, tanto pela promoção da saúde dos alunos quanto pela potencialização dos resultados decorrentes do treinamento elaborado pelo educador físico, enfatizando a importância do trabalho interdisciplinar (BITARELO, 2003; OLIVEIRA, 2009; SABA, 2006; ARENA; CARAZZATO, 2007; VERENGUER *et al.*, 2008).

Considerações finais

Conclui-se que a percepção de lesões nas academias de musculação da região sul da cidade de São Paulo é baixa. Porém, nas academias com fisioterapia, a percepção é maior que nas academias sem fisioterapia, provavelmente devido a maior idade dos alunos e pela presença do fisioterapeuta aumentando a identificação de lesões. Há poucos fisioterapeutas atuando em academias de musculação, sendo que grande parte dos alunos gostaria de sua

presença. Academias de classe alta e com fisioterapeuta são mais caras, pois há um serviço mais completo, agregando vários profissionais como nutricionistas e médicos. Nestas, o espaço é mais amplo, há mais aparelhos, mais opções de atividades e boa localização e, na visão dos alunos, isso representa custo-efetividade. ■

Referências

ARENA, S. S.; CARAZZATO, J. G. A relação entre o acompanhamento médico e a incidência de lesões esportivas em atletas jovens de São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 13, n. 4, jul/ago de 2007.

BARBANTI, V. J. **Aptidão física**: um convite à saúde. São Paulo: Editora Manole, 1990.

BARONI, B. M.; BRUSCATTO, C. A.; RECH, R. R.; TRENTIN, L.; BRUM, L. R. Postural alterations prevalence in weight training practitioners. **Fisioterapia em Movimento**, v. 23, n. 1, p. 129-139, jan/mar de 2010.

BITARELO, A. C. Avaliação fisioterápica em academias: parceria de resultado. **Revista Físio&Terapia**, v. 6, n. 30, p. 21, dez/jan de 2003.

CASTRO, G. **Fisioterapia nas academias**. Rio de Janeiro: V COFISIO, 2008.

CERIANI, R. B.; SOUSA, M. S.; SILVA, J. F.; GOMES, E. R.; SOUZA, T. S.; SOUZA, C. S.; CAVALCANTE, I. M. Nível de conhecimentos básicos de avaliação pelos profissionais na academias da cidade de João Pessoa. **Revista Saúde.Com**, v. 1, n. 2, p. 90-94, 2005.

DREHER, D. Z.; GODOY, L. P. **A qualidade de vida e a prática de atividades físicas: estudo de caso analisando o perfil do frequentador de academias**. Ouro Preto: XXIII ENEGEP, 2003.

DUTRA, D. S.; SILVA, P. H.; SOUSA, N. T. Prevalências de alterações posturais em pré-adolescentes matriculados em academias de ginástica. **Revista Movimenta**, v. 3, n. 1, p. 24-27, 2010.

HELVÉCIA, H. Treino errado nas academias gera epidemia de lesões. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 10 de out. de 2008. Equilíbrio e Saúde. Disponível em: <http://bit.ly/1sWsVjZ>. Acesso em: 08/10/2009.

JUNIOR, N. J.; PASTRE, C. M.; MONTEIRO, H. L. Alterações posturais em atletas brasileiros do sexo masculino que participaram de provas de potência muscular em competições internacionais.

Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 10, n. 3, p. 195-198, mai/jun de 2004

OLIVEIRA, R. Fala, professor – fisioterapeutas agregam qualidade às academias. **Folha de Londrina**, Londrina, 13 de out. de 2009. Esportes. Disponível em: <http://bit.ly/1v6G6Ci>.

Acesso em: 13/10/2009.

PEREIRA, A. S.; NOBRE, G. C.; FERREIRA, M. N.; SOUSA, M. C. **O contingente profissional de educação física e a demanda de praticantes na modalidade de musculação nas academias de ginástica de Juazeiro do Norte – CE**. João Pessoa: II CONNEPI, 2007.

ROLLA, A. F.; ZIBAOU, N.; SAMPAIO, R. F.; VIANA, S. O. Análise da percepção de lesões em academias de ginástica de Belo Horizonte: um estudo exploratório. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 12, n. 2, p. 7-12, 2004.

SABA, F. **Liderança e gestão**: para academias e clubes esportivos. São Paulo: Editora Phorte, 2006.

22


SILVA, A. S.; SOUSA, M. C.; GOMES, E. M.; SILVA, J. F.; CANUTO, P. S.; NETO, R. A.; PONTES, L. M. Prevalência de alterações posturais para prescrição do programa de exercícios em academias de ginástica – PB. **RevistaSaúde.Com**, v. 1, n. 2, p. 124-133, 2005.

SILVA, M. P. Avaliação médica pré-exercício como meio de prevenção de morte súbita em academias de ginástica. **Fiep Bulletin**, v. 77, n. 1, p. 303-307, 2007.

SIMÃO, R. **Treinamento de força na saúde e qualidade de vida**. São Paulo: Forte Editora, 2004.

SOUZA, J. G.; IGLESIAS, A. C. Trauma no idoso. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 48, n. 1, jan/mar de 2002.

VERENGUER, R. G.; CAMPANELLI, J. R.; KALLAS, D.; FREIRE, E. S.; COSTA, F. C. Mercado de trabalho em Educação Física: significado da intervenção profissional em academia de ginástica. **Motriz**, v. 14, n. 4, p. 452-461, out/dez de 2008.



IDENTIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES HIGIÊNICO-SANITÁRIAS NA COMERCIALIZAÇÃO DE PEIXES EM FEIRAS LIVRES NA ZONA SUL DE SÃO PAULO

Daiane Soares Macedo¹

Mareidith Luzia Martins²

Márcia Lopes Weber³

Resumo: A região metropolitana de São Paulo é o maior centro consumidor de pescado do país. As feiras livres são um importante mecanismo popular de abastecimento deste produto e estão presentes na maioria dos bairros do município de São Paulo. O objetivo do estudo foi identificar as condições higiênico-sanitárias da comercialização de peixes em feiras livres de três bairros da zona sul do município de São Paulo/SP. A pesquisa foi realizada em 11 barracas de comércio de peixes de 10 feiras livres, em 3 bairros da zona sul de São Paulo/SP. Os dados foram coletados no verão de 2012. Eles foram obtidos por meio de checklist elaborado em conformidade com a legislação municipal referente às feiras livres, e foi preenchido por observação. Para análise da adequação das barracas de peixe, os itens em estudo foram organizados em 3 grupos: transporte e ambiente, comercialização e produto. A adequação obtida pelas barracas de peixe no grupo transporte e ambiente, comercialização e produto foram 45%, 30% e 28%, respectivamente. Os resultados obtidos mostraram que a legislação não está sendo cumprida, pois todas as barracas de peixe apresentaram adequação inferior a 50% nos 3 grupos de itens em estudo. Considerando que o peixe é um alimento de fácil deterioração, a inobservância de condições higiênico-sanitárias adequadas coloca em risco a saúde do consumidor deste produto. Os dados obtidos indicam a necessidade de conscientização dos feirantes acerca dos cuidados higiênico-sanitários recomendados para barracas, manipuladores e para os peixes, evitando possíveis riscos à saúde dos consumidores.

Palavras-chave: Controle higiênico-sanitário; Feira livre; Segurança de alimentos; Peixe

.....
¹ Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). Tem experiência na área de Nutrição, com ênfase em análise nutricional de população.

² Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp).

³ Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de São Paulo. Graduada em Nutrição pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Professora no Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp).

Identification of the hygienic-sanitary conditions in the fish commercialization in open markets in the southern zone of São Paulo

Abstract: The metropolitan region of São Paulo is the largest consumer of fish in Brazil. The street markets are an important supplier of fish and are held in most of São Paulo's neighborhoods. The goal of this study was to identify the hygienic-sanitary conditions of fish sales in street markets in the southern zone of the city of São Paulo. The study was conducted in 11 fish stalls of 10 street markets in 3 neighborhoods of this region. The data were collected in the summer of 2012. The data were obtained through checklists prepared in accordance with city laws regarding street markets and were completed by observation. To verify the compliance of the fish stall, the checklist items were organized into 3 groups: transport and environment, sale conditions, and product. The compliance obtained by the fish stall in transport & environment group, sale conditions group, and product group were 45%, 30% and 28% respectively. The results showed that city law is not being attended because all fish stalls had compliance lower than 50% in the 3 checklist item groups. The fish is an easily deteriorative food and failure in hygienic-sanitary conditions which may cause risks to consumer's health. The study data showed the need of awareness of fish sellers about recommended hygienic-sanitary conditions for fish stalls, food handlers and fish, avoiding possible health risks to consumers.

Keywords: Hygienic-sanitary conditions; Street markets; Food safety; Fish

Dados do Ministério da Pesca e Agricultura apontam um aumento no consumo de pescado *per capita* no país. Entre 2008 e 2009 esse aumento chegou a 8%. A pesquisa revela ainda que 96% da produção nacional em 2009 foi comercializada no mercado interno e consumida pelos brasileiros. Apenas 4% dos produtos foram destinados à exportação (BRASIL, 2010).

É possível dizer que esse aumento está relacionado com o crescimento de renda da população, valorização da moeda, políticas públicas, infraestrutura, incentivo à produção e ao consumo. A região metropolitana de São Paulo se destaca como o maior centro consumidor de pescado do país, contando com praticamente todas as formas de abastecimento: feiras livres municipais, mercados públicos e privados e um grande número de supermercados e hipermercados. Na periferia, a presença dos pequenos e médios mercados e das feiras livres municipais se faz mais expressiva (NEIVA *et al.*, 2010).

Segundo legislação específica no município de São Paulo, feiras livres são equipamentos administrados pela municipalidade, com a função de suplementar o abastecimento da região em que operam, através da comercialização, no varejo, de gêneros alimentícios e demais produtos existentes nos ramos de comércio (SECRETARIA, 2007). Um estudo avaliou as condições higiênico-sanitárias das feiras livres do município de São Paulo e concluiu que 97% delas não estavam de acordo com a legislação (AUDI, 2002). Uma das principais consequências das inadequações observadas, perante o nosso objeto de estudo, é a possibilidade de alteração no produto, já que o peixe é um

alimento que se deteriora com facilidade, devido a seu elevado teor de água, gordura e pH próximo da neutralidade, favorecendo o desenvolvimento de bactérias prejudiciais à saúde humana (SILVA, 2007). Assim, o objetivo deste estudo foi identificar mais detidamente as condições higiênico-sanitárias da comercialização de peixes em feiras livres de bairros da zona sul de São Paulo/SP.

Métodos

Foi realizada uma pesquisa exploratória, com análise qualitativa e investigativa, através da observação da realidade, em 3 bairros da zona sul de São Paulo/SP, escolhidos por conveniência. Os dados foram coletados no período de outubro de 2011 a fevereiro de 2012.

Nos bairros escolhidos havia 20 feiras livres, das quais 14 integraram o estudo. Destas, 10 apresentavam barracas que comercializavam peixes: 2 barracas em uma das feiras e uma barraca em cada uma das outras 9. Assim, a amostra do estudo foi composta por 11 barracas.

Como à época do estudo a legislação não apresentava um instrumento para avaliação de barracas que comercializam peixe em feiras livres, foi elaborado um *checklist* com este fim. A elaboração deste instrumento baseou-se na legislação específica do município de São Paulo/SP para funcionamento de feiras livres, na seção referente a pescados (SECRETARIA, 2007).

Foram determinados 28 itens de verificação, divididos em 3 grupos: transporte/ambiente, comercialização e produto. 11 itens de verificação integraram o grupo *transporte/ambiente*, referentes à adequação do veículo, cobertura e proteção das barracas e às condições da higiene do local. O grupo *comercialização* foi composto por 8 itens de verificação, referentes à adequação dos equipamentos e materiais utilizados, identificação e procedência dos peixes, proteção e higiene pessoal do feirante. Integraram o grupo *produto* 9 itens de verificação, referentes à adequação das características e conservação dos peixes.

A verificação da adequação das barracas aos itens em estudo foi realizada no próprio local, quando o *checklist* foi devidamente preenchido. O critério para classificação das barracas foi baseado na adequação de cada item em relação à legislação, seguindo o parâmetro de adequado (A) e inadequado (I). A adequação das barracas foi apresentada através de percentual, sendo considerados para o cálculo o número de itens em conformidade com a legislação e o total de itens de cada grupo. Para evitar a identificação de feiras e feirantes, as barracas foram numeradas de 1 a 11.

Resultados e discussão

A distribuição da percentagem de adequação das feiras nos grupos de itens de verificação é apresentada na tabela 1. A adequação obtida pelas barracas de peixe foi de 45% para o grupo transporte/ambiente, 30% para comercialização e 28% para produto.

Não há na legislação sanitária um critério de classificação de feiras livres com relação aos riscos para o consumidor. Se o critério presente na legislação para restaurantes fosse estendido às feiras livres, o que nos levaria a enquadrar nosso estudo em uma adequação de zero a 50% dos itens de verificação do respectivo *checklist* (BRASIL, 2002), todas as barracas aqui analisadas se encontrariam na categoria de elevado risco para a saúde do consumidor.

Tabela 1 — distribuição percentual dos itens em conformidade, por grupo, identificados em barracas de peixe nas feiras em estudo

Grupos de itens	Itens atendidos (%)
Transporte e ambiente	45
Comercialização	30
Produto	28

A distribuição da adequação das barracas em estudo em relação aos grupos transporte e ambiente, comercialização, e produto é apresentada na tabela 2.

Tabela 2 — distribuição da adequação das barracas de peixe nas feiras em estudo em relação aos grupos transporte e ambiente, comercialização e produto

Barracas	Transporte e ambiente		Comercialização		Produto	
	(11 itens)		(8 itens)		(9 itens)	
	n	%	n	%	n	%
1	4	36	3	38	2	22
2	5	45	3	38	2	22
3	3	27	0	0	2	22
4	6	55	4	50	2	22
5	6	55	4	50	4	44
6	6	55	3	38	2	22
7	5	45	2	25	2	22
8	4	36	2	25	3	33
9	5	45	2	25	2	22
10	4	36	1	13	2	22
11	6	55	2	25	5	56

No grupo transporte/ambiente, a maior adequação foi em relação ao transporte do peixe em veículo fechado (90% das barracas). No entanto, não foi possível observar se dentro

do veículo as condições atendiam a legislação. Para garantir a qualidade do peixe e evitar sua contaminação, o produto deve ser transportado em veículos fechados, de fácil limpeza, isotérmicos ou refrigerados (NEIVA *et al.*, 2007).

Os itens com maior inadequação neste grupo foram uso de gelo picado, uso de água potável em quantidade suficiente e devidamente armazenada, e recipiente apropriado para receber o lixo (100%, 100% e 90% das barracas, respectivamente). No estudo realizado por Audi (2002), que avaliou as condições higiênico-sanitárias das feiras livres do município de São Paulo/SP, observou-se que 74% dos peixes colocados à venda não estavam recobertos por gelo, ficando expostos à temperatura ambiente. A manutenção da temperatura baixa do pescado é importante para evitar a proliferação de microorganismos, o que também contribui para manter suas características organolépticas e nutricionais (MACHADO *et al.*, 2010).

A legislação recomenda que a água para limpeza de utensílios e do produto deve ser de fonte diferente daquela usada para higiene das mãos (SECRETARIA, 2007), o que não era cumprido nos locais em estudo. Nas barracas havia um recipiente único de água, o que também foi constatado em feiras em outras regiões do país (HOLANDA *et al.*, 2013; PINTO *et al.*, 2012; FREIRE *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2008). Essa prática possibilita a contaminação cruzada, oferecendo risco à saúde do consumidor (PINTO *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2008). Não foi possível observar se a água utilizada era potável.

Observou-se ainda presença de animais domésticos dentro e ao redor das barracas, o que também foi constatado em estudo de Holanda *et al.* (2013), ao analisarem condições higiênico-sanitárias de comercialização de peixes em feiras livres em Caxias/MA. No presente estudo, 55% dos itens adequados no grupo transporte/ambiente referiam-se à aparência da barraca, aspecto com menor relevância nas condições higiênico-sanitárias dos produtos que os demais fatores verificados.

No grupo comercialização, as maiores inadequações foram em relação ao uso de avental, proteção de cabelo e luva descartável pelos manipuladores, além de procedência e identificação do peixe (100% e 90% das barracas, respectivamente). A ausência de uniformes é prática comum na comercialização de peixes em vários locais do Brasil (HOLANDA *et al.*, 2013; PINTO *et al.*, 2012; MACEDO *et al.*, 2012; SAMPAIO *et al.*, 2012; FREIRE *et al.*, 2011). A higiene dos manipuladores, associada a tempo e temperatura de conservação, é fator de controle para evitar a deterioração do peixe (LIMA *et al.*, 2013). Em relação ao item relacionado à procedência e identificação do peixe, 90% das barracas estavam inadequadas, o que também foi observado em estudo similar (HOLANDA *et al.*, 2013). A recomendação da legislação de que o peixe seja fracionado na presença do consumidor não foi observada em nenhuma das barracas. Isso também foi identificado em estudos similares (HOLANDA *et al.*, 2013; PINTO *et al.*, 2012; MACEDO *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2008).

No item referente ao uso de vitrine para a venda do produto, 64% das barracas estavam inadequadas. O peixe deve ficar em local em que o consumidor não possa tocá-lo. Se desejar tocar nos produtos, o consumidor deve usar luvas descartáveis ou sacos plásticos limpos (NEIVA *et al.*, 2007). Esta é uma característica comum em outros locais de comercialização de pescados no país,

em que não se utiliza vitrine com proteção para exposição do peixe durante a venda (HOLANDA *et al.*, 2013; PINTO *et al.*, 2012; MACEDO *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2008).

No item referente ao uso de avental, proteção de cabelo e luva descartável, em 100% das barracas o resultado foi inadequado. Foi possível observar o uso de adornos, esmalte, uniformes sujos, ausência de proteção para o cabelo e feirantes fumando. A higiene dos manipuladores de alimentos é um fator que deve ser gerenciado e controlado para não comprometer a segurança dos produtos e evitar toxinfecções (HOLANDA *et al.*, 2013). O uso adequado de uniformes, assim como práticas seguras pelos manipuladores de alimentos não é realidade em feiras livres no país, conforme apresentado em outros estudos (HOLANDA *et al.*, 2013; MACEDO *et al.*, 2012; PINTO *et al.*, 2012; FREIRE *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2008).

No grupo produto, uma barraca apresentou adequação em todos os itens, outra em 2 itens, e as demais apresentaram inadequação em todos os itens de verificação. Na maioria das barracas, foi possível observar nos peixes todas as características consideradas inadequadas para o consumo, o que também foi constatado em outras localidades (MACEDO *et al.*, 2012; SAMPAIO *et al.*, 2012; PINTO *et al.*, 2012; FREIRE *et al.*, 2011). Em todas as barracas, foi possível observar peixes que apresentavam cor opaca, escamas desprendendo-se com facilidade, olhos fora da órbita e vísceras expostas. Peixes que aparentemente estavam em condições adequadas de consumo estavam expostos à venda juntamente com aqueles que já mostravam vários sinais de alterações, facilitando a contaminação.

Considerações finais

Observou-se elevado percentual de inadequação das condições higiênico-sanitárias nas feiras livres em estudo, já que todos os itens verificados apresentaram adequação inferior a 50%. Os dados obtidos demonstraram o descumprimento da legislação, tornando necessárias intervenções para orientar e conscientizar feirantes acerca da relação direta entre suas práticas e a saúde do consumidor de peixe. O que torna mais preocupante é o fato da região metropolitana de São Paulo ser o maior centro consumidor de pescado do país, as feiras livres estão presentes na maioria dos bairros do município e são responsáveis pela venda de 18 mil toneladas de peixe ao ano (NEIVA *et al.*, 2010), mas 97% delas apresentam-se inadequadas à legislação (AUDI, 2002). Em decorrência disto, é evidente a possibilidade de alteração nos produtos e consequente risco à população. ■

Referências:

AUDI, S. G. **Avaliação das condições higiênico-sanitárias das feiras-livres do município de São Paulo-SP.** Dissertação. (Mestrado). Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2002.

BRASIL. Ministério da Pesca e Aquicultura. Consumo per capita aparente de pescado no Brasil 1996-2009: o brasileiro está comendo mais pescado. **MPA**, 2010. Disponível em: <http://bit.ly/1prVR1b>. Acesso em: 24 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC n. 275, de 21 out. 2002. Regulamento técnico de Procedimentos Operacionais Padronizados aplicados aos Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos e a Lista de Verificação das Boas práticas de Fabricação em Estabelecimentos Produtores/ Industrializadores de Alimentos. **Diário Oficial da União**, 06 nov. 2002.

FREIRE, J. L.; SILVA, B. B.; SOUZA, A. S. Aspectos econômicos e higiênico-sanitários da comercialização do pescado no município de Bragança (PA). **Biota Amazônia**, v.1, n. 2, p. 17-28, 2011.

HOLANDA, M. A.; SILVA, M. M.; PINTO, L. F.; BRANDÃO, T. M.; SILVA, R. A. Avaliação das condições higiênico-sanitárias das feiras livres de comercialização de peixe na cidade de Caxias-MA. **Acta Tecnológica**, v. 8, n. 2, p. 30-35, 2013.

LIMA, A. F.; SILVA, A. P.; RODRIGUES, A. O.; BERGAMIN, G. T.; LIMA, L. F.; PEDROZA FILHO, M. X.; MACIEL, P. O. **Boas práticas para conservação do peixe:** piscicultura familiar. Divinópolis: Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária, 2013. Disponível em: <http://bit.ly/1rupWmv>. Acesso em: 02 fev. 2014.

MACEDO, A. G.; SILVA, F. L.; SAMPAIO, L. O.; RIBEIRO, S. A. Análise das condições higiênico-sanitárias na venda de pescado “in natura” no mercado de peixe no município de Castanhal-Pará. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE TECNOLOGIAS PARA O MEIO AMBIENTE, 2012, Caxias do Sul. **Anais...** Rio Grande do Sul: FIEMA Brasil, 2012, p. 1-8. Disponível em: <http://bit.ly/1tYRot1>. Acesso em: 01 fev. 2014.

MACHADO, T. M.; FURLAN, E. F.; NEIVA, C. R.; CASARINI, L. M.; ALEXANDRINO DE PÉREZ, A. C.; LEMOS NETO, M. J.; TOMITA, R. Y. Fatores que afetam a qualidade do pescado na pesca artesanal de Municípios da Casta Sul de São Paulo, Brasil. **Boletim do Instituto de Pesca**, v. 36, n. 3, p. 213–223, 2010.

NEIVA, C. P.; FURLAN, E. F.; LEMOS NETO, M. J.; TOMITA, R.; PEREZ, A. C. **Manual de controle de qualidade de pescado**. Santos: Instituto de Pesca, 2007.

NEIVA, C. P.; TOMITA, R. Y.; CERQUEIRA, M. S.; MIURA, M.; FURLAN, E. F.; MACHADO, T. M.; NETO, M. L. O mercado de pescado em São Paulo. In: SIMPÓSIO

DE QUALIDADE DO PESCADO, 2010, São Paulo. **Resumos...** Santos: Instituto de Pesca - APTA, 2010. Disponível em: <http://bit.ly/1uYPWqG>. Acesso em: 28 maio 2012.

PINTO, L. F.; BORGES, J. M.; ABREU, M. M.; CASTRO, A. S.; ALENCAR, G. R.; FEITOSA, R. N. Avaliação das condições higiênico-sanitárias das bancas de comercialização de peixe no mercado de peixe de Teresina-PI. In: CONGRESSO NORTE NORDESTE DE PESQUISA E INOVAÇÃO, 2012, Palmas. **Anais...** Tocantins: CONNEPI, 2012. Disponível em: <http://bit.ly/1ohCxnV>. Acesso em: 01 fev. 2014.

SAMPAIO, L. O.; LOPES, L. R.; SILVA, F. L.; MACEDO, A. G.; CORDEIRO, C. M. Levantamento parcial das condições higiênico-sanitárias na venda de pescado “in natura” no mercado de peixe do Ver-o-Peso, Belém-Pará, Brasil. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE TECNOLOGIAS PARA O MEIO AMBIENTE, 2012, Caxias do Sul. **Anais...** Rio Grande do Sul: FIEMA Brasil, 2012. Disponível em: <http://bit.ly/1ohCzMv>. Acesso em: 01 fev. 2014.

SECRETARIA do Governo Municipal. Decreto 48.172 de 06 mar. 2007. Dispõe sobre o funcionamento das feiras livres no município de São Paulo. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, 06 de mar. de 2007.

SILVA, C. **Código de boas práticas:** boas práticas de higiene e boas práticas de fabrico. Portal de saúde pública. 2007. Publicação eletrônica. Disponível em: <http://bit.ly/1prWuYu>. Acesso em: 14 de fev. de 2012.

SILVA, M. L.; MATTÉ, G. R.; MATTÉ, M. H. Aspectos sanitários da comercialização de pescado em feiras livres da cidade de São Paulo, SP. **Revista do Instituto Adolfo Lutz**, v. 67, n. 3, p. 208–214, 2008.



EXPOSIÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO ESTRESSE NO AMBIENTE DE TRABALHO NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Diego Lurentt Camponês¹

Ivone Corsi²

Patrícia de Azevedo Loli³

Danilo Tavares de Lima⁴

Resumo: Identificar as características do estresse na equipe de enfermagem atuante em unidade de urgência e emergência; detectar os Diagnósticos de Enfermagem; e elaborar um Plano Teórico de Enfermagem para Autocuidado. Para tanto se utilizou de um questionário autoaplicável, baseado na Escala *Job Stress Scale*, com 30 profissionais. Foram detectados Diagnósticos de Enfermagem de Risco e elaborado Projeto de Autocuidado, respectivamente segundo a *North American Nursing Diagnosis Association* e *Carpenito-Moyet*. Quanto aos resultados obtidos, na demanda de trabalho, para 96,7% dos 30 participantes, frequentemente o trabalho era realizado com muita rapidez sendo bem intenso. No controle de trabalho, para 93,3%, o mesmo exigia habilidades e conhecimentos especializados. No apoio social, 73,4% discordavam totalmente ou discordavam mais do que concordavam que o ambiente de trabalho era calmo e tranquilo. As considerações foram que, para a maioria dos participantes: o tempo era insuficiente para cumprir todas as tarefas, apesar da muita rapidez de suas realizações; ocorriam exigências discordantes ou contraditórias dos supervisores, raramente podiam escolher o que fazer no trabalho, e obtinham a compreensão dos colegas, com os quais gostavam de trabalhar. Os Diagnósticos de Enfermagem de Risco identificados foram: Padrão de Sono Prejudicado, Síndrome de Estresse, Tensão do Papel do Cuidador, Ansiedade e Conflito de Decisão.

Palavras-chave: Estresse; Equipe de enfermagem; Diagnóstico; Plano de cuidado

.....
¹ Bacharel em Enfermagem pós-graduando em Enfermagem na UTI pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp).

² Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo. Bacharel em Enfermagem com habilitação em Saúde Pública, com optativa em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto. Atualmente é professora do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp).

³ Enfermeira da empresa Bem Cuidar do Estado de São Paulo.

⁴ Enfermeiro e coordenador do Centro de Atenção Psicossocial do Estado do Paraná – PA.

Exposure to stress of the nursing team in the work ambiente in the urgency and emergency unit

Abstract: Identify the characteristics of stress on nursing team acting in urgency and emergency unit, to detect Nursing Diagnoses and to elaborate Nursing Theory Plan for Self Care. Methods: We employed a self-administered questionnaire based on the “Job Stress Scale” for thirty professionals. Risk Nursing Diagnoses were detected, and a Self-Care Project was prepared, according to the North American Nursing Diagnosis Association and Carpenito-Moyet. Results: In labor demand, 96.7% of the 30 participants, frequently the work was done very quickly and it was intense. To 93.3% of the participants, labor control requires specialized skills and expertise. Regarding the workplace social support, totally disagreed or disagreed more than agreed 73.4% of the subject, that the work atmosphere there was calm and quiet. Conclusion: For most participants, the time was insufficient to fulfill all tasks, despite their accomplishments being very quick; discordant or contradictory requirements of supervisors was frequent, they rarely could choose what to do at work, and obtained understanding from colleagues, with which enjoyed working. Risk Nursing Diagnoses identified were: Disturbed Sleep Pattern , Stress Syndrome, Caregiver Role Tension, Anxiety and Conflict in Decisions.

32

Keywords: Stress; Nurse Team; Diagnoses; Plan for care

As atividades no cotidiano dos profissionais de enfermagem se caracterizam pela assistência ao indivíduo doente, estando em contato permanente com o paciente que muitas vezes está sensível, com dores e os diversos sentimentos e ações advindas do processo de adoecer. Tais fatos, muitas vezes, deixam os profissionais de enfermagem, que atuam em Unidades de Emergências e Urgências, vulneráveis ao processo de estresse e outras doenças ocupacionais como depressão, úlceras, e gastrite (SLOMÉ *et al.*, 2008, p. 135-140). Também pode ocorrer queda da imunidade, por se encontrar em uma situação/ambiente estressante (SLOMÉ *et al.*, 2008; FONTANA, 1994).

A enfermagem é considerada uma profissão desgastante, devido à convivência direta e ininterrupta com o processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo da doença, podendo gerar sentimentos de tensão, angústia, frustração e desgaste (BATISTA; BIANCHI, 2006, p. 534-539). Diante disso, os profissionais de saúde podem torna-se ansiosos e depressivos, com atenção dispersa e desmotivada, decorrente de um cotidiano estressante e muito exigente (BOLLER, 2003, p. 336-345).

Por temor das consequências de um erro para si e para o paciente, internalizam excessivamente o controle sobre o trabalho. Esse mecanismo pode levá-los ao desenvolvimento de uma espécie de “prontidão paranoide”, isto é, internalização de sentimentos persecutórios na ausência de um perseguidor concreto (HOGA, 2002, p. 18-25).

Esse mecanismo é adotado inconscientemente por enfermeiros como forma de proteção frente à imprevisibilidade de suas consequências, uma vez que, no cotidiano, o controle absoluto sobre o trabalho é quase impossível, o grupo encontra-se frequentemente ameaçado diante da possibilidade de erros. Enfim, esses profissionais, para evitarem a perda de controle, os sentimentos de culpa e a punição, tornam-se vigilantes de si mesmos, controladores, atentos aos resultados de seus próprios atos, e experimentam o medo pelas consequências de uma atitude desatenta (BORSOI, 1992).

Os maiores estressores citados nesta área são: número reduzido de funcionários; aumento da demanda de atendimento; falta de respaldo institucional e profissional; grande carga de trabalho; necessidade de realização de tarefas em tempo reduzido; indefinição do papel do profissional; descontentamento com o trabalho; falta de experiência por parte dos supervisores; falta de comunicação e compreensão por parte da supervisão de serviço; relacionamento com os familiares; ambiente físico das unidades; tecnologia de equipamentos; assistência ao paciente e situação de alerta constante, devido à dinâmica do setor (BATISTA; BIANCHI, 2006, p. 534-539).

Ainda existe a dupla jornada de trabalho; os profissionais da enfermagem se obrigam a trabalhar em mais de uma instituição para aumento da renda familiar. Além disso, o trabalho em turnos é uma característica da enfermagem, uma vez que a assistência é prestada 24 horas (PAFARO; MARTINO, 2004, p. 152-160).

Sendo assim, é imprescindível salientar a importância do autocuidado dos próprios enfermeiros. A enfermagem é a arte e a ciência do cuidar; do cuidar de pessoas. Para que isso seja possível, é necessário um processo de interação entre quem cuida e quem é cuidado; é preciso que haja troca de informações e de sentimentos entre essas pessoas, e que o cuidador esteja apto a realizar essa função com qualidade (LEMOS; ROSSI, 2002, p. 345-357). A enfermagem trabalha com a sistematização da assistência da enfermagem, que é composta pelo histórico, diagnósticos, prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979). A etapa de diagnósticos de enfermagem é considerada a mais complexa e desgastante, causando muitas divergências ao realizá-la, mas proporcionam um plano de ação reflexivo, embasado nos problemas detectados no paciente e, portanto, a produtividade espelha a sensível melhora na qualidade do processo de trabalho (CROSSETTI, 1995, p. 150-159).

De acordo com o documento do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) de 2002, o enfermeiro, após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais (CONSELHO, 2002).

A *North American Nursing Diagnosis Association* (Nanda) (NORTH AMERICAN, 2010) contribui de forma significativa para o desenvolvimento e refinamento dos diagnósticos de enfermagem, desenvolvendo um sistema conceitual para classificar os diagnósticos em uma taxonomia, padronizando a linguagem usada pelos enfermeiros. Existem três tipos de diagnósticos de enfermagem segundo a Nanda (NORTH AMERICAN, 2010):

- ▶ *Real*: descreve respostas humanas às condições de saúde e/ou processos vitais que existem de fato em um indivíduo, ou a quem o cerca;
- ▶ *De risco*: descreve respostas humanas às condições de saúde que podem desenvolver-se em um indivíduo, ou a quem o cerca;
- ▶ *De bem-estar*: descreve respostas humanas a níveis de bem-estar em um indivíduo, ou a quem o cerca que têm potencial de aumento para um estado mais alto.

Na sua construção, os diagnósticos precisam de alguns componentes estruturais que ajudam na sua classificação:

- ▶ O título estabelece um nome para o diagnóstico, sendo um termo ou frase concisa que representa um padrão de sugestões;
- ▶ A definição determina uma descrição clara e precisa do problema em questão, ajudando a diferenciar diagnósticos parecidos;
- ▶ Os fatores relacionados aparecem para mostrar algum tipo de relacionamento padronizado com o diagnóstico de enfermagem, podendo ser descritos como “relacionados à”, ou “associados à”. É a causa do problema em questão, sugerindo assim as intervenções apropriadas ao cliente;
- ▶ As características definidoras são fatores observáveis, ou manifestações clínicas que confirmem um diagnóstico real ou de bem-estar. Os diagnósticos de risco não utilizam essas características definidoras, pois as manifestações clínicas ainda não foram detectadas, são potenciais. Podem ser descritas como “evidenciadas por”, ou “caracterizadas por”;
- ▶ Os fatores de risco são fatores ambientais, fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos, que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo a um evento insalubre. São utilizados para classificar os diagnósticos de risco (CARPENITO-MOYET, 2008).

Identificados e reconhecidos os indicadores específicos levantados na investigação, é feito a formulação do diagnóstico individualizado para o cliente, utilizando-se o formato, a etiologia, os sinais, os sintomas e as evidências do problema, para representação precisa da situação do cliente (NORTH AMERICAN, 2010). Abaixo são exibidos dois exemplos, com a finalidade explicativa, de diagnósticos de risco, contendo a definição e a etiologia dos mesmos, conforme Nanda (NORTH AMERICAN, 2010):

- ▶ *Risco de Dignidade Humana Comprometida* significa risco de perda percebida de respeito e honra relacionado, em média, a um dos seguintes fatores: estigmatização, exposição do corpo, humilhação percebida, incongruência cultural, invasão percebida da privacidade, participação inadequada na tomada de decisão e outros;

- ▶ *Risco de Solidão* é o risco de vivenciar desconforto associado a um desejo ou necessidade de mais contato com outros, relacionado à falta de energia, isolamento físico, isolamento social e privação afetiva.

É por meio destas etapas que se torna possível a conclusão do levantamento de dados envolvendo raciocínio e julgamento; e é neste sentido que o diagnóstico de enfermagem se torna imprescindível para descrever a relação de ajuda na prática clínica (FOSCHIERA; VIERA, 2004, p. 189-198).

O enfermeiro é um cuidador essencial, que deve estar com sua saúde equilibrada para prestar o cuidado excelente. Torna-se necessário que tal profissional realize uma introspecção e reflita a fim de identificar diagnósticos e elaborar propostas de autocuidado e heterocuidado. Desse modo é possível prevenir ou até mesmo controlar os agentes estressores, otimizando assim, sua própria saúde e a de seus colaboradores. Diante dos aspectos apresentados, os objetivos desse trabalho foram identificar as características do estresse na demanda do trabalho, e o controle e apoio social da equipe de enfermagem atuante em unidade de urgência e emergência, por meio de respostas à *Job Stress Scale*, validada por Alves *et al.* (2004, p. 164-171); detectar diagnósticos de enfermagem relacionados ao estresse de acordo com os resultados obtidos, segundo Carpenito-Moyet (2008) e Nanda (NORTH AMERICAN, 2010), e elaborar um plano teórico de enfermagem para autocuidado baseado nas propostas de intervenções de Carpenito-Moyet (2008).

Métodos

Local e períodos de tempo

A pesquisa descritiva foi realizada em um Hospital Geral Público, da zona sul do município de São Paulo, em unidade de urgência e emergência entre os meses de novembro de 2010 a fevereiro de 2011.

Participantes

A população do estudo foi composta, a princípio, por 37 profissionais da equipe de enfermagem que atuavam na unidade de urgência e emergência nos períodos diurno e noturno, do sexo masculino e feminino. Foram excluídos da pesquisa aqueles que não se consideravam expostos a níveis de estresse consideráveis, ou os que não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Diante de tais critérios de exclusão, a amostra final foi composta por 30 profissionais. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) de um dos Hospitais Municipais de São Paulo, no mês de setembro de 2010, sob a chancela do presidente da respectiva comissão. Os pesquisadores comprometeram-se a manter sigilo em relação ao nome do hospital.

Intervenções

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário denominado *Job Stress Scale*, elaborado por Karasek na década de 70, que continha 49 perguntas, mas que, em 1996, foi reformulado em uma versão reduzida por Tores Theorell para 17 questões, que avaliavam a demanda de trabalho, controle e o apoio social no trabalho (THEORELL, 1996).

Demanda de trabalho é entendida como pressões de natureza psicológica, sejam elas quantitativas tais como tempo e velocidade, na realização do trabalho, ou qualitativas, como os conflitos entre demanda. Controle significa a possibilidade de o trabalhador usar suas habilidades intelectuais para realizar seu trabalho, bem como possuir autonomia para tomar decisões sobre a forma de realizá-lo. Apoio Social refere-se às relações com colegas e chefes (ALVES *et al.*, 2004, p. 164-171).

Alves *et al.* (2004, p. 164-171) formularam um questionário autoaplicável que foi inserido na escala resumida da *Job Stress Scale* após sua adaptação para o português, e foi previamente testado e validado pelos mesmos autores. O questionário tem por objetivo levantar dados para determinar a exposição ao estresse nos profissionais que atuam nas unidades de urgência e emergência. Foi realizada uma visita ao Hospital, onde os profissionais foram informados sobre os objetivos do estudo, forma de participação e sigilo de informações pessoais. Na coleta dos dados, o referido questionário foi oferecido aos profissionais da equipe de enfermagem no início do plantão, para responderem-no, quando possível, durante o mesmo, e recolhido ao final do turno de trabalho, a fim de que não houvesse interferência na dinâmica de atuação destes profissionais.

Após a devolução, por meio do enfermeiro plantonista, com as respostas do questionário em mãos dos pesquisadores, realizou-se a análise descritiva, a discussão dos dados e o levantamento de prováveis diagnósticos de enfermagem de risco, relacionados às respostas de maior prevalência no questionário. Os Diagnósticos de Risco foram identificados segundo o referencial teórico de Nanda, que apresenta o título do diagnóstico e os seus específicos fatores relacionados. Foi, então, elaborado um plano de autocuidado para utilização dos profissionais atuantes da unidade de Urgência e Emergência.

Análise Estatística

O parâmetro adotado para avaliar a escala resumida da *Job Stress Scale* foi de acordo com o número de respostas obtidas em cada questão com as seguintes variações: frequentemente a nunca/quase nunca e concordo totalmente a discordo totalmente. Calculou-se o percentual das respostas, pois o método quantitativo procura quantificar opiniões e dados nas formas de coleta de informações, assim como o emprego de recursos e técnicas estatísticas desde a mais simples até o uso mais complexo (OLIVEIRA, 2000). Os diagnósticos de enfermagem de Risco foram identificados a partir da maior porcentagem da prevalência dos dados obtidos.

Resultados

Quadro 1 — Diagnósticos de Enfermagem de Risco e seus Relacionados, conforme Nanda (2009-2011), diante das respostas quanto à Demanda do Trabalho, Controle ao Apoio Social da Escala Job Stress na Equipe de Enfermagem das Unidades de Urgência e Emergência

Diagnósticos de Enfermagem da Nanda (2009-2011)	Relacionados Nanda (2009-2011)	Porcentagem de Respostas à Escala Job Stress da equipe de enfermagem nas unidades de urgência e emergência
Risco no Padrão de Sono Prejudicado	Responsabilidade de cuidado	Para 96,7% de 30 participantes frequentemente e às vezes o trabalho era realizado com muita rapidez e era intenso. Na afirmação de 70% dos participantes frequentemente o trabalho era exigente. Discordavam totalmente e discordavam mais que concordavam 73,4% dos sujeitos que o ambiente de trabalho era calmo e tranquilo.
Risco de Síndrome do Estresse	Imprevisibilidade da experiência Sentimento de impotência Falta de sistema adequado de apoio	Para 86,7% dos respondentes às vezes, raramente e quase nunca/nunca, o tempo era suficiente para cumprir todas as tarefas. Frequentemente ou às vezes os superiores apresentam exigências discordantes ou contraditórias na afirmação de 60% dos sujeitos. Para 93,3% o trabalho exigia habilidades e conhecimentos especializados. Frequentemente 56,7% precisavam tomar a iniciativa diante o trabalho. Raramente e às vezes 73,3% podiam escolher o que fazer no trabalho. Frequentemente 70% afirmaram que o trabalho exigia demais. Discordavam totalmente e discordavam mais que concordavam 33,3% que existia a compreensão dos colegas quando estavam em um mau dia. Discordavam mais que concordavam 10% que gostavam de trabalhar com seus colegas de trabalho. Frequentemente e às vezes os superiores apresentavam exigências discordantes ou contraditórias para 60% dos participantes.
Risco de Tensão no Papel de Cuidador	Apoio formal insuficiente Complexidade de tarefas de cuidado Quantidade de tarefas Tempo Insuficiente	Frequentemente 70% afirmaram que o trabalho exigia demais. Discordavam totalmente e discordavam mais que concordavam 33,3% que existia a compreensão dos colegas quando estavam em um mau dia. Discordavam mais que concordavam 10% que gostavam de trabalhar com seus colegas de trabalho. Frequentemente e às vezes os superiores apresentavam exigências discordantes ou contraditórias para 60% dos participantes.
Risco de Ansiedade	Crise situacional Ameça aos padrões de interação Estresse Ameça à função do papel	Realizavam o trabalho com muita rapidez 60% dos sujeitos. Às vezes, raramente e quase nunca/nunca o tempo era suficiente para cumprir todas as tarefas para 86,7% dos sujeitos. Raramente e às vezes para 63,3% existia a possibilidade de aprender alguma coisa nova no trabalho. Para 53,3% dos respondentes frequentemente existia uma repetição de tarefas. Concordavam totalmente e concordavam mais que discordavam 83,3% dos participantes que o relacionamento com o chefe interfere na rotina de trabalho. Concordavam totalmente e concordavam mais que discordavam 66,7% que o relacionamento interpessoal interfere no ambiente de trabalho.
Risco de Conflito de Decisão	Interferência na tomada de decisão Déficit no sistema de apoio	Para 56,7% dos respondentes frequentemente se exigia que tomassem a iniciativa. Raramente e quase nunca/nunca 43,3% podiam escolher como fazer o trabalho. Raramente e quase nunca/nunca 73,3% podiam escolher o que fazer no trabalho.

Discussão

No presente estudo, quanto à demanda de trabalho, para 96,7% dos participantes, frequentemente e às vezes o mesmo era realizado com muita rapidez e era intenso; para 70% dos participantes frequentemente o trabalho era exigente; às vezes, raramente e quase nunca/nunca o tempo era suficiente para cumprir todas as tarefas para 86,7% dos sujeitos; frequentemente ou às vezes os superiores apresentavam exigências discordantes ou contraditórias na afirmação de 60% dos sujeitos.

Em um estudo realizado em Curitiba, 88,4% dos profissionais de enfermagem mostraram que frequentemente o trabalho era realizado com muita rapidez, 85,5% frequentemente trabalhavam intensamente, 72,5% frequentemente relataram que o trabalho exigia demais, 50,8% às vezes tinham tempo suficiente para cumprir o trabalho, e 49,3% dos respondentes mencionaram que às vezes no trabalho existiam exigências discordantes ou contraditórias (HARBS *et al.*, 2008, p. 41-56).

Observam-se semelhanças entre os percentuais das respostas à *Job Stress Scale* dos estudos paulistano e o curitibano nos aspectos de realização do trabalho; isto é, na muita rapidez, intensidade, exigência demasiada, tempo suficiente e nas exigências discordantes e contraditórias.

Os trabalhadores da saúde estressados têm sua capacidade de produção diminuída, executam atividades com menos precisão, faltam ao trabalho, adoecem frequentemente, trabalham tensos e cansados, podem tornar-se ansiosos e depressivos, com atenção dispersa e desmotivados (BOLLER, 2003, p. 336-345).

Dentre os maiores estressores citados nesta área destacam-se: a falta de respaldo institucional e profissional; carga de trabalho e necessidade de realização de tarefas em tempo reduzido, devido à dinâmica do setor (BATISTA; BIANCHI, 2006, p. 534-539).

Para a maioria da população, ainda há o pensamento que a unidade de emergência é um meio mais rápido e alternativo, sem restrição de marcação de consultas, resultados rápidos dos exames laboratoriais, de imagem e dos diagnósticos. Tal atitude aumenta a demanda de atendimento, gerando filas intermináveis, morosidade nos diagnósticos, ausência de especialistas, acarretando aumento da carga de trabalho aos profissionais de saúde, falta de leitos e falta de equipamentos e materiais, dificultando o atendimento de casos realmente emergenciais. Consequentemente, essa situação agrava os aspectos de estressores ao profissional de saúde (MENZANI; BIANCHI, 2009, p. 327-333).

Diante dessa problemática, observou-se também um número reduzido de profissionais que nem sempre estão preparados para atender essa grande demanda o que pode gerar sentimentos de tensão, angústia, frustração e desgaste, podendo comprometer a sua saúde mental, decorrente de um cotidiano estressante e exigente (BATISTA; BIANCHI, 2006, p. 534-539).

Na presente pesquisa, quanto ao controle de trabalho, para 93,3% o mesmo exigia habilidades e conhecimentos especializados; frequentemente 56,7% precisavam tomar a iniciativa diante o trabalho; raramente e às vezes para 63,3% existia a possibilidade de aprender alguma coisa nova no trabalho; para 53,3% dos respondentes frequentemente existia uma repetição de tarefas; raramente e quase nunca/nunca 43,3% podiam escolher como fazer o trabalho; raramente e quase nunca/nunca 73,3% podiam escolher o que fazer no trabalho (HARBS *et al.*, 2008, p. 41-56).

O estudo, já mencionado, realizado em Curitiba mostrou que 53,6% dos profissionais de enfermagem às vezes aprendiam coisas novas no trabalho; 91,3% apontaram que frequentemente o trabalho exigia habilidades ou conhecimentos especializados; 89,9% afirmaram que frequentemente o trabalho exigia que tomasse iniciativa; 79,7% perceberam que a repetição de tarefas é frequente; para 50,7% às vezes existia possibilidade de escolha de como fazer o trabalho; e 42,1% quase nunca ou nunca puderam escolher o que fazer no trabalho (OLIVEIRA, 2000).

A realidade de funcionamento de uma unidade de emergência e urgência faz com que esse local seja provedor de muitos ensinamentos pela diversidade de casos e procedimentos realizados (MENZANI; BIANCHI, 2009, p. 327-333).

A unidade de urgência e emergência permite ao profissional ter uma grande possibilidade sobre como e quando desenvolver suas tarefas, criando estratégias de como utilizar todo o seu potencial intelectual (ALVES *et al.*, 2004, p. 164-171).

Se o profissional de saúde (enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem) assumir o saber que já tem, não lhe será difícil alcançar o poder que lhe permita intervir, como é seu direito, na área da saúde e de conquistar o reconhecimento social de que merece (LOPES, 1997, p. 37-42).

A maioria dos profissionais frequentemente tem que tomar iniciativa no seu trabalho. A responsabilidade do profissional em desempenhar seu papel é o sucesso para assistência prestada (MENZANI, BIANCHI, 2009, p. 327-333).

Os setores de urgência e emergência por ser em locais onde a quantidade de pacientes e atividades é elevada, percebe-se que a realização de tarefas repetidamente é frequente. Essa constatação leva a crer que o profissional pode desenvolver um desgaste emocional originado pela sobrecarga de trabalho, estresse laboral, por natureza monótona de algumas tarefas com rotinas meticulosas e procedimentos repetitivos (LAUTERT, 1997, p. 133-144).

No presente estudo, em relação ao apoio social no local de trabalho, discordavam totalmente e discordavam mais do que concordavam 73,4% dos sujeitos que o ambiente de trabalho era calmo e tranquilo; discordavam totalmente e discordavam mais que concordavam 33,3% que existia a compreensão dos colegas quando estavam em um mau dia; discordavam mais que concordavam 10% que gostavam de trabalhar com seus colegas de trabalho; concordavam totalmente e concordavam mais que discordavam 83,3% dos participantes que o relacionamento com o chefe interferia na rotina de trabalho; concordavam totalmente e concordavam mais que discordavam 66,7% que o relacionamento interpessoal interferia no ambiente de trabalho.

O Centro Municipal de Urgências Médicas (CMUM) é um ambiente conturbado devido à alta rotatividade, grande demanda de usuários, procedimentos técnicos, restrição da estrutura física. Os profissionais estão pouco preparados para lidar com a constante presença de mortes, as frequentes situações de emergência, a falta de pessoal, o sofrimento dos familiares. A abordagem com os familiares e acompanhantes alterados e carentes de informação são fatores que geram estresse e não permitem à equipe de enfermagem um ambiente de trabalho calmo e tranquilo (HARBS *et al.*, 2008, p. 41-56; ARAGÃO *et al.*, 2009, p. 79-90).

Como principais fatores de estresse nas relações interpessoais entre os membros de um grupo numa organização são citados a competição e rivalidade, a falta de apoio em situações difíceis e a falta de relações entre eles. Sendo muito importantes no ambiente de trabalho, é coerente pensar que as boas relações entre os membros do grupo seria um fator central da saúde individual e organizacional (ALMEIDA, 2003).

O coleguismo é um pré-requisito fundamental para a colaboração e apoio mútuo, estimulando o enfrentamento de riscos e assim a colaboração entre colegas, ou seja, o apoio entre colegas de trabalho favorece uma relação gratificante e contribuem para um bom ambiente de trabalho (CORONETTI, 2006, p. 36-43).

No mundo do trabalho, o superior, chefe ou diretor, sempre é tido como referência importante para a maior parte das pessoas e pode ser uma fonte positiva ou negativa no ambiente de trabalho. Assim, as relações com o superior imediato tanto contribuem para a satisfação do trabalho e bem-estar psicológico como pode ser uma fonte de estresse e de tensão (ALMEIDA, 2003).

Para que haja um bom relacionamento entre chefia e subordinado vale ressaltar a boa comunicação e a parceria no trabalho, pois quando o trabalhador é ouvido e respeitado pelos seus superiores, ele trabalha mais motivado, realizando assim suas tarefas com mais envolvimento e responsabilidade, aumentando a produtividade e a qualidade no serviço (HADDAD, 2000, p. 75-88).

Como um dos objetivos do presente estudo foi identificar os diagnósticos de enfermagem diante das respostas mais prevalentes à Escala *Job Stress Scale*, verificou-se a presença de Riscos de: Padrão de Sono Prejudicado, Síndrome de Estresse, Tensão no Papel de Cuidador, Ansiedade e Conflito de Decisão.

Risco de Padrão de Sono Prejudicado significa risco de ter interrupções da quantidade e da qualidade de sono limitadas pelo tempo, decorrente de fatores externos, dentre eles as responsabilidades do cuidado (NORTH AMERICAN, 2010).

Risco de Síndrome de Estresse é a possibilidade de distúrbio fisiológico/psicossocial decorrente de mudança de um ambiente tendo, dentre os seus fatores relacionados, a imprevisibilidade das experiências e o sentimento de impotência (NORTH AMERICAN, 2010).

Risco de Tensão no Papel de Cuidador é definido como o risco de o cuidador vulnerável sentir dificuldade em desempenhar o papel de cuidador e está relacionado a vários fatores, dentre eles, a complexidade das tarefas de cuidado, quantidade de tarefas e tempo insuficiente para a execução das tarefas (NORTH AMERICAN, 2010).

Risco de Ansiedade é conceituado como o risco de ter aquele vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo, que possui inúmeros fatores relacionados, entre eles, crise situacional, ameaça aos padrões de interação, estresse e ameaça à função do papel (NORTH AMERICAN, 2010).

Risco de Conflito de Decisão significa o risco de incerteza sobre o curso de ação a ser tomado, quando a escolha entre ações conflitantes envolve a probabilidade de perda ou desafio aos valores de vida pessoais relacionados a vários fatores, entre eles, interferência na tomada de decisão e déficit no sistema de apoio (NORTH AMERICAN, 2010).

Finalizando, objetivou-se também, elaborar um plano de intervenções e por tal razão seguem, na figura abaixo, as intervenções de autoaplicação para os profissionais de enfermagem, pois, mediante observação, Carpenito-Moyet parece ser uma referência de intervenções teóricas utilizadas na Enfermagem Brasileira, na maioria dos hospitais paulistas.

Figura 1 — Plano de Autocuidado baseado nas Intervenções de Enfermagem de Carpenito Moyet, (2008) para a Equipe de Enfermagem que Atuava na Unidade de Urgência e Emergência do Hospital Geral Público de São Paulo, novembro 2010 a fevereiro de 2011

PLANO DE AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM
1) Realizar atividades que proporcionem conforto e tranquilidade como dar um passeio no parque, ouvir uma boa musica, ler um livro;
2) Fazer anotações sobre seus sentimentos, pensamentos, projetos de vida;
3) Afastar-se de pessoas e situações estressantes;
4) Procurar realizar atividades novas como praticar algum esporte, aprender a tocar algum instrumento, aprender a pintar;
5) Procurar pessoas (amigos) que possam encorajá-lo a fazer as atividades, e ajudá-lo a crescer, enfrentar a vida e encarar seus medos;
6) Realizar técnicas de relaxamento: respirar lentamente, relaxar os músculos progressivamente, interromper pensamentos negativos, pensar em algo e imagens boas, ouvir música;
7) Identificar o problema e reconhecer a necessidade de tomar uma decisão;
8) Avaliar suas atitudes e ações diante alguma situação e discutir com algum profissional que possa auxiliá-lo a desenvolver válvulas de escape;
9) Interagir com a família, amigos e colegas de trabalho;
10) Fazer um planejamento do dia, inclusive do horário de sono;
11) Realizar atividades no trabalho que condizem com sua competência e com suas limitações;
12) Aproveitar o dia de folga para descansar, se organizar, fazer atividades que proporcionem prazer;
13) Realizar cursos de aperfeiçoamento profissional a fim de adquirir mais conhecimento na área;
14) Alimentar-se corretamente (frutas, legumes e verduras, e outros alimentos saudáveis) e beber de 6 a 8 copos de água durante o dia.

Considerações finais

Diante dos objetivos propostos no presente estudo, que foram identificar por meio da Escala *Job Stress Scale*, as características do estresse na equipe de enfermagem atuante em unidade de urgência e emergência; detectar os Diagnósticos de Enfermagem e elaborar Plano Teórico de Enfermagem para Autocuidado, conclui-se e se estabelece algumas considerações:

- ▶ Para a maioria dos participantes do estudo, o trabalho é realizado com muita rapidez e intensidade, com muita exigência e discordâncias ou contradições; não há tempo suficiente para o cumprimento das tarefas; exigem-se habilidades e conhecimentos especializados, que requerem iniciativa; raramente há aprendizagem de algo novo no trabalho, pois ocorria repetição de tarefas, além do mais não havia permissão de escolher o que e como fazer o trabalho; o ambiente não é calmo e nem tranquilo, mas contam com a compreensão e gostavam de trabalhar com os colegas; o relacionamento com o chefe interfere na rotina de trabalho assim como o relacionamento interpessoal;
- ▶ Quanto aos Diagnósticos de Enfermagem detectados a partir das características do estresse no trabalho da equipe de enfermagem atuante em unidade de urgência e emergência, verificaram-se os seguintes Riscos: Padrão de Sono Prejudicado, Síndrome de Estresse, Tensão do Papel do Cuidador, Ansiedade e Conflito de Decisão;
- ▶ Acredita-se que o setor de trabalho tem sua influência no estresse da equipe de enfermagem, mas também cabe ao profissional da enfermagem cuidar de si mesmo, buscando atividades que amenizem o estresse gerado no ambiente de trabalho, que muitas vezes devem ser realizadas fora do mesmo;
- ▶ O presente estudo apresentou um plano teórico de intervenções autoaplicáveis à equipe de enfermagem, que visa promover o bem estar biopsicossocial e cabe a cada profissional aplicá-las no seu dia-a-dia, pois é preciso estar saudável para proporcionar um melhor atendimento para as pessoas que necessitam da assistência de enfermagem. ■

Referencias

ALMEIDA, M. C. Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. **Millenium** – Revista do Instituto Politécnico de Viseu, v. 1, n. 28, 2003.

ALVES, M. M.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. S.; WERNECK, G. L. Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. Short version of the “job stress scale”: a Portuguese-language adaptation. **Revista Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 164-171, 2004.

ARAGÃO, E. S.; VIEIRA, S. S.; ALVES, M. G.; SANTOS, A. F. Suporte social e estresse: uma revisão da literatura. **Psicologia em Foco**, v. 2, n. 1, p. 79-90, 2009.

BATISTA, K. M.; BIANCHI, R. F. Estresse do enfermeiro em uma unidade de emergência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 534-539, 2006.

BOLLER E. Estresse no setor de urgência: possibilidades e limites de novas estratégias gerenciais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 336-345, 2003.

BORSOI, I. F. **Saúde mental e trabalho**: um estudo de caso da enfermagem. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 1992.

CARPENITO-MOYET L. J. **Manual de diagnósticos de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CONSELHO Federal de Enfermagem. Resolução nº 272 de 27 de agosto de 2002. **Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem - SAE - nas instituições de Saúde Brasileiras**. Rio de Janeiro, 2002.

CORONETTI, A.; NASCIMENTO, E. P.; BARRA, D. C.; MARTINS, J. J. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 36-43, 2006.

CROSSETTI, M. O. Algumas reflexões sobre o diagnóstico de enfermagem e os elementos do processo de trabalho. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 4, n. 1, p. 150-159, 1995.

FONTANA D. **Estresse**: faça dele um aliado e exercite a autodefesa. São Paulo: Saraiva, 1994.

FOSCHIERA, F.; VIERA, C. S. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 189-198, 2004.

HADDAD, M. L. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Revista Especial para a Saúde**, v. 1, n. 2, p. 75-88, 2000.

HARBS, T. C.; RODRIGUES, S. T.; QUADROS, V. S. Estresse da equipe de enfermagem em um centro de urgência e emergência. **FACRenditor**, v. 1, n. 1, p. 41-56, 2008.

HOGA, L. K. Causas de estresse e mecanismos de produção do bem-estar dos profissionais de enfermagem de unidade neonatal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 18-25, 2002.

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

LAUTERT, L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 133-44, 1997.

LEMONS, R. A.; ROSSI, L. A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Revista Latino-americana Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 345-57, 2002.

LOPES, P. Formação em enfermagem e cidadania. **Enfermagem em Foco**, v. 26, n. 1, p. 37-42, 1997.

MENZANI, G., BIANCHI, E. F. Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 327-333, 2009.


NORTH AMERICAN Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de enfermagem: definições e classificações 2009-2011**. Porto Alegre Artmed, 2010.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia**. São Paulo: Pioneira, 2000.

PAFARO, R. C.; MARTINO, M. F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, v. 38, n. 2, p. 152-160, 2004.

SLOMÉ, G. M.; ARBAGE, C. C.; LIMA, M; G.; LOPES, M. O.; MARIANO, A. . Caracterização dos sintomas físicos e nível de estresse da equipe de enfermagem do pronto socorro de um hospital estadual da cidade de São Paulo. **Saúde Coletiva**, v. 5, n. 23, p. 135-40, 2008.

THEORELL, T. **O modelo de demanda-controle-suporte para o estudo da saúde em relação ao ambiente de trabalho: um modelo interativo**. s. l.: s. n., 1996.



COMPARAÇÃO DA FLEXIBILIDADE, INTENSIDADE DA DOR E FUNCIONALIDADE DE PORTADORES DE HÉRNIA DISCAL SUBMETIDOS À HIDROCINESIOTERAPIA VERSUS CINESIOTERAPIA CLÁSSICA¹

Fábio Marcon Alfieri²
Francielli Teixeira Lutting³
Bruna Piergentile⁴

Resumo: O objetivo deste estudo foi comparar a flexibilidade, intensidade de dor, mobilidade e força muscular de portadores de hérnia discal submetidos a tratamento por cinesioterapia *versus* hidrocinestoterapia. Os participantes do estudo foram 40 voluntários com diagnóstico médico de hérnia discal, randomizados por sorteio simples em dois grupos: 24 no grupo de cinesioterapia (GC) com média de idade de 50,6 ± 11,0 anos e 15 no grupo hidrocinestoterapia (GH) com média de idade de 50,5 ± 5,7 anos. Os programas consistiram em duas sessões semanais de uma hora durante cinco semanas. Os voluntários realizaram antes e depois das 10 sessões avaliações quanto à mobilidade funcional (Teste *Timed Up & Go*), intensidade da dor (Escala Visual Analógica), flexibilidade da coluna lombar (Banco de Wells - *Figure Finder Flex* - Teste) e força muscular (dinamômetro). A análise estatística foi feita com o uso do Mann-Whitney *U*-test. Em todos os casos, o nível descritivo α estabelecido foi de $p < 0,05$. Foi observado melhora significativa na mobilidade e intensidade da dor nos dois grupos. Ao compararmos o efeito de melhora entre os grupos, não houve diferença significativa. Sendo assim, ambas as técnicas conseguiram diminuir a dor e melhorar a mobilidade, embora não tenham melhorado a flexibilidade e a força muscular.

Palavras-chave: Hérnia discal lombar; Cinesioterapia; Hidrocinestoterapia; Mobilidade; Flexibilidade lombar; Dor; Força muscular

.....
¹ Gostaríamos de estender nossos agradecimentos à fisioterapeuta Karin Burgo pela ajuda no recrutamento dos voluntários e ao professor Leslie Portes pela disponibilidade de ajuda nas avaliações.

² Doutor em Ciências médicas pela USP (com período de estágio no serviço de reabilitação do Hospital Mútua de Terrassa da Universidade de Barcelona- Espanha). Mestre em Fisioterapia pela Unimep. Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Metodista de Piracicaba. Especialista em Atividade Física e Qualidade de Vida pela Unicamp. Atualmente é professor no Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp) e coordenador do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde; e pesquisador no Centro de Pesquisa do Instituto de Medicina Física e de Reabilitação (IMREA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

³ Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp).

⁴ Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp).

Comparison of flexibility, pain intensity and functionality of patients with disc herniation undergoing hydrotherapy versus classical kinesiotherapy

Abstract: The objective of this study was to compare the flexibility, pain, mobility and muscle strength in patients with disc herniation treated by kinesiotherapy versus hydrotherapy. Volunteers with a clinical diagnosis of disc herniation participated in the study. The 40 volunteers were randomized by simple random into two training groups: 24 in the group of exercise (GC) with a mean age of 50.6 ± 11.0 years and 15 in the hydrotherapy group (GH) with a mean age of $50, 5 \pm 5.7$ years. The program lasted two weekly sessions of 1 hour for 5 weeks. The volunteers did before and after the 10 sessions of intervention and evaluation of mobility (Timed Up & Go test), pain intensity (Visual Analogue Scale), flexibility (Wells Stock - Figure Finder Flex-Test) and muscle strength (dynamometer Takei Physical Fitness Test and Back dynamometer). The comparison of the effect of the intervention between groups was performed using the Mann-Whitney U-test. In all cases, the descriptive level α was set at $p < 0.05$. Results: There was significant improvement in the mobility and pain intensity. Regarding flexibility and muscle strength, there were no significant differences. When comparing the effect of improvement between groups, no significant difference. Conclusion: Both techniques were able to reduce pain and improve mobility, but were unable to improve flexibility and muscle strength in patients with disc herniation.

Keywords: Lumbar disc herniation; Kinesiotherapy; Hydrotherapy; Mobility; Lumbar Flexibility; Pain; Muscle strength

A dor na coluna sempre esteve presente na história da humanidade, porém, o espantoso crescimento dessa síndrome necessita de maior atenção devido ao aumento das incapacidades (WANDERLEY, 2001/2002, p. 50-66). A dor na coluna pode ocorrer por diversos fatores, tendo a hérnia de disco como um dos causadores, devendo ser tratada logo após sua descoberta. Ela acontece nos discos intervertebrais, que são estruturas finas e achatadas que servem de “amortecedores” entre as vértebras. Cada disco é feito de uma parte interna gelatinosa e macia cercada por um revestimento externo duro e fibroso. Quando parte desta estrutura sai de sua posição normal, ocorre ruptura do anel fibroso, com subsequente deslocamento da massa central do disco nos espaços intervertebrais, e conseqüentemente comprimem as raízes nervosas (SANTOS, 2003; CORDEIRO, 2002; ASSOCIAÇÃO, 2013; NEGRELLI, 2001; GRAVA, 2008).

Um disco saudável, ao receber uma determinada carga axial consegue suportar 75% desta força no núcleo pulposo e o restante no anel fibroso. A partir da segunda década de vida podem ocorrer alterações no disco como: progressiva desidratação; surgimento de fissuras; diminuição da sua altura; predisposição genética; alterações bioquímicas; alterações ambientais, o que explica a tendência da hérnia discal manifestar-se a partir dos 30 anos (FERREIRA; NAVEGA, 2010, p. 127-131; LOPES; CICONELLI, 2007, p. 355-359; VIALLE, L. *et al.*, 2010, p. 17-22).

Esta pode apresentar-se clinicamente com dor e disfunção da raiz nervosa afetada, sendo as principais características: a dor irradiada no trajeto nervoso acometido, disfunção nervosa alterações motoras, sensitivas e dos reflexos relacionados com a respectiva raiz (GRAVA, 2008, p. 116-125). Hérnia de disco lombar é o diagnóstico mais comum dentre as alterações da coluna lombar, além de estar relacionada como a principal causa de cirurgia nesta região (VIALLE, L. *et al.*, 2010, p. 17-22).

A fisioterapia, enquanto profissão, também cuida do processo de reabilitação e é indicada para o tratamento da hérnia discal. Os mais variados recursos podem ser utilizados, como massagem, manipulação, colete lombar, programas educativos, assim como a cinesioterapia e a hidrocinestoterapia. Todos podem apresentar benefícios, pois estes já têm sido demonstrados em condições semelhantes como a lombalgia crônica (ASSOCIAÇÃO, 2013, p. 75-82; TEODORI; ALFIERI, 2005, p. 113-118). Ao partirmos do pressuposto da importância de se conhecer várias terapias que possam trazer benefícios quanto à sintomatologia da hérnia discal, o objetivo deste estudo foi comparar a dor, força muscular, flexibilidade e a capacidade funcional de indivíduos portadores submetidos a tratamento por cinesioterapia *versus* hidrocinestoterapia.

Material e métodos

Desenho do estudo, casuística e protocolo de intervenção

Escolhemos como desenho um ensaio clínico, simples-cego e aleatorizado com braços paralelos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp) e os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando o uso dos seus dados para esta pesquisa. O estudo foi desenvolvido com pacientes da policlínica do Unasp. Os sujeitos do estudo foram voluntários encaminhados pelos postos de saúde da região sul da cidade de São Paulo, todos cadastrados na policlínica do Unasp. Para se tornarem participantes, tais indivíduos deveriam apresentar diagnóstico médico de hérnia de disco na região lombar, com indicação para fisioterapia. Não foram incluídos indivíduos que realizassem qualquer tratamento concomitante (exceto o medicamentoso) e aqueles que já tivessem cirurgia prévia na coluna. Foram desligados da pesquisa aqueles que faltaram por três ou mais sessões consecutivas ou apresentassem dor que impedisse a realização dos exercícios. Os pacientes foram distribuídos aleatoriamente por sorteio simples em dois grupos. Todos foram orientados a não participarem de outros programas de exercícios físicos. Ambos os grupos tiveram frequência de duas sessões semanais, de aproximadamente uma hora de atividades, durante 5 semanas.

Programa da cinesioterapia

Inicialmente, os pacientes realizaram exercícios de alongamento da musculatura paravertebral em decúbito dorsal. Posteriormente, realizavam exercícios de alongamento para os flexores e extensores do quadril, flexores e extensores do joelho na posição ortostática.

A segunda etapa consistia de exercícios de fortalecimento para a musculatura abdominal e musculatura paravertebral, estando os pacientes deitados em colchonetes e também usando bola terapêutica. Também foi feito fortalecimento dos membros inferiores com mini-agachamento a partir da posição ortostática. Para propriocepção da coluna foi feito exercícios sobre a bola suíça na qual os voluntários permaneciam sentados com a coluna ereta realizando movimentos de “quicar”, deslocamento látero-laterais e ântero-posteriores.

Programa da hidroterapia

Os voluntários realizaram os alongamentos e fortalecimentos para os mesmos grupos musculares. Porém, ora na posição ortostática, ora com a ajuda de flutuadores. Também foram realizados exercícios como a caminhada, no qual o paciente caminha enquanto o terapeuta se coloca atrás e realiza movimentos na água com auxílio de uma prancha, provocando turbulência, a fim de estimular o controle postural. Estes exercícios objetivavam o fortalecimento da musculatura extensora do tronco, flexores e extensores do quadril e joelho e também abdominais.

Avaliações

Os participantes realizaram as seguintes avaliações:

- 1) Teste *Timed Up & Go* (TUG) (PODSIADLO; RICHARDSON, 2000, p. 104-105): esse teste avalia o nível de mobilidade do indivíduo, mensurando em segundos o tempo gasto pelo voluntário para levantar-se de uma cadeira, sem ajuda dos braços, andar a uma distância de três metros, dar a volta e retornar. No início do teste, o voluntário estava com as costas apoiadas no encosto da cadeira e, ao final, deveria encostar novamente. Ele recebeu a instrução “vá”, para realizar o teste e o tempo foi cronometrado da voz de comando até o momento em que o voluntário apoiou novamente suas costas no encosto da cadeira. O teste foi realizado uma vez para familiarização e uma segunda para tomada do tempo.
- 2) Teste de Flexibilidade: para avaliação da flexibilidade da coluna lombar, foi utilizado o *Banco de Wells - Figure Finder Flex - Teste-By Novel Products Inc*®. Para esta avaliação, os indivíduos ficavam sentados e inclinavam o tronco anteriormente, buscando encostar os dedos a sua frente o máximo possível. Este exame foi realizado três vezes, sendo o melhor resultado (de maior valor) levado em consideração.
- 3) Testes de força muscular: os indivíduos também realizaram avaliação da força em extensão da coluna lombar através do *Takei Physical Fitness Test Back - Back Strength Dynamometry*®, modelo TKK 5002. O paciente a partir da posição semi-agachada com a coluna apoiada sobre uma parede, realizou extensão total do corpo (joelho e quadril). O voluntário realizou o teste três vezes, sendo selecionado o melhor resultado (o de maior valor).

- 4) Avaliação da intensidade da dor: foi utilizado a Escala Visual Analógica (EVA) que quantifica a intensidade da dor por meio de uma escala numérica visual (CHAPMAN; SYRJALA, 1990, p. 580-594). Para isto foi usada uma régua de 10 centímetros, graduada como ausência de dor (0) e dor de intensidade máxima (10). Os voluntários foram instruídos a marcar o local que identificasse a intensidade nessa escala.

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada em pacote estatístico *GrahpPad Instat*. Os apresentados como médias \pm desvios-padrão. As comparações entre os grupos antes da intervenção e para verificar o efeito da intervenção entre os grupos foram feitas com o teste *t* para dados não pareados. As comparações dentro de cada grupo após a intervenção foram feitas com o uso do teste *t* para dados pareados. Em todos os casos, o nível descritivo α estabelecido foi de 5% ($\alpha < 0,05$).

Resultados

Uma amostra de 50 voluntários foi recrutada para participar do estudo. Destes, 7 desistiram de participar; e 3 foram excluídos (2 por terem realizado cirurgia prévia e 1 por estar fazendo outros tipos de tratamento concomitante). Os 40 voluntários foram randomizados por sorteio simples nos dois grupos de treinamento: 24 no grupo de cinesioterapia (GC) e 16 no grupo hidroterapia (GH).

Ao final do programa, houve 14 perdas nos grupos sendo eles: 6 por não realizarem todos os testes complementares; 1 por incapacidade ao realizar os movimentos dos testes devido a dor; 3 abandonaram a terapia; 1 por apresentar problema vascular grave tendo que interromper o tratamento; 1 por ter sofrido acidente automobilístico; 1 por ter trocado de cidade; e 1 por problemas de horário. Desta forma, os dados usados neste estudo foram de 11 sujeitos para o grupo de Hidrocinesioterapia e de 16 para o grupo de Cinesioterapia. As características gerais dos grupos estão apresentadas na tabela 1. A tabela 2 mostra as características gerais dos testes clínicos de toda a amostra, mostrando que tanto o teste TUG quanto a escala visual analógica tiveram seus resultados estatisticamente modificados após os programas de intervenções.

Tabela 1 — média e desvio padrão dos grupos: hidroterapia (GH) e cinesioterapia (GC)

	GH	GC	P
N	11	16	
homens/mulheres	3/8	7/9	
Idade (anos)	53 \pm 4,9	53 \pm 8,9	0,99
IMC (Kg/cm ²)	23,3 \pm 3,1	22,6 \pm 4,3	0,92

Tabela 2 — Resultados (média e desvio padrão) das diferentes avaliações clínicas intra e entre os grupos de Hidroterapia e Cinesioterapia antes e depois da intervenção fisioterapêutica.

Nota: TUG- Teste Timed Up and Go; EVA- Escala Visual Analógica

	Hidroterapia			Cinesioterapia			P
	antes	depois	p	antes	depois	P	Grupo x tempo
TUG (s)	11,06±1,1	10,43±0,9	0,03	10,94±2,57	10,24±2,6	0,05	0,87
Flexibilidade (cm)	22,72±7,7	22,5±6,5	0,92	20,33,2±7,9	20,8±8,4	0,97	0,97
Força (Kg)	72,90±32,4	73,72±46,4	0,92	70±33,7	81,6±28,04	0,11	0,11
EVA (cm)	7,91±1,1	6,26±1,5	0,005	7,68±1,4	5,980±2,3	0,006	0,42

Nota: TUG- Teste Timed Up and Go; EVA- Escala Visual Analógica

Discussão

50

Os resultados deste estudo mostraram que duas técnicas de intervenção propiciaram significativas melhoras quanto à mobilidade funcional e a diminuição da intensidade de dor. Um aspecto positivo deste trabalho é a semelhança quanto à composição corporal e idade entre os grupos, pois é sabido que podem interferir nos resultados. Relacionado à intensidade da dor em pacientes com hérnia de disco, é importante citar que esta afecção não é apenas uma lombalgia, a dor vem decorrente de uma síndrome de origem neuropática, intensificada ou não de acordo com o grau de compressão e/ou por inflamação (NEGRELLI, 2001, p. 39-45). Dentro das intervenções escolhidas por este trabalho à hidroterapia propiciou a diminuição da dor, isto provavelmente devido as propriedades físicas da água proporcionar repercussões positivas em relação à hérnia. Assim, hidroterapia combinada com um programa de exercícios tende a alcançar os objetivos físicos e conseqüentemente causar alívio da dor (CAROMANO; CANDELORO, 2007, p. 267-272; RESENDE *et al.*, 2008, 57-63).

No grupo de cinesioterapia foi possível perceber a melhora da dor. Seu programa terapêutico visou a melhorar a estabilidade do tronco, aumentar a força muscular de reto abdominal e isquiotibiais assim como alongar flexores de quadril e músculos da região lombar, a fim de reorganizar os desequilíbrios musculares (RESENDE *et al.*, 2008, 57-63; TOSCANO; EGYPTO, 2001, p. 132-137). Mesmo não tendo ocorrido melhora significativa da força muscular em nenhum dos grupos, acredita-se que os estímulos de fortalecimento tenham ajudado para melhorar as condições da região interferindo positivamente na redução da dor. Desta forma, nossos resultados de ambas as técnicas de intervenção se mostram satisfatórios para portadores de hérnia discal.

Em relação à mobilidade funcional, os grupos obtiveram melhora significativa que é importante e pode estar relacionada com a melhora da dor. Esta melhora é importante para a realização das tarefas do dia a dia, significando mais conforto e menos dificuldade ao realizar atividades como levantar e sentar, subir e descer escadas, caminhar, passear entre outras atividades cotidianas. Quanto à flexibilidade, Toscano e Egypto (2001) relatam que a melhora da amplitude de movimento tem sido associada com alívio dos sintomas das lombalgias crônicas e agudas, curiosamente, neste estudo, os voluntários não apresentaram melhora da flexibilidade, podendo ser devido à própria condição clínica, ou seja, a hérnia discal destes pacientes, ou ainda devido ao tempo de intervenção.

Exercícios de alongamento muscular além de correção postural podem ter efeitos positivos sobre a musculatura lombar, melhorando os sintomas auxiliando o aumento da amplitude, entretanto vale salientar que é uma terapia de alívio momentâneo, pois não corrige os desequilíbrios provocados na estrutura do disco intervertebral (SANTOS, 2003, p. 1).

A questão da força muscular é outro aspecto importante em indivíduos portadores de problemas na coluna vertebral. Salmela *et al.* (2004, p. 51-58) reforçam que, dentre a etiologia da dor lombar, está a fraqueza muscular e instabilidade segmentar. Toscano e Egypto (2001, p. 132-137) citam que, na teoria, músculos mais fracos atingem a condição isquêmica e fadigam mais facilmente que os músculos fortes, aumentando a probabilidade de lesões. Mesmo não sabendo se esta foi a causa das hérnias discas neste estudo, vimos que os indivíduos com estas lesões não conseguiram melhorar a questão da força muscular nos tipos de intervenção. A diminuição da força associada à diminuição da flexibilidade faz com que haja maior esforço das pessoas para realizarem suas atividades, estressando as estruturas vertebrais e predispondo a lombalgia. Desta forma, a melhora da flexibilidade associada à força muscular pode fazer com que haja uma proteção à coluna, pois diminui o estresse sobre as estruturas durante a manutenção da postura e durante os mais variados movimentos (ROSÁRIO *et al.*, 2008, p. 12-18). Com isto, tais objetivos de melhora da flexibilidade e da força muscular não foram conseguidos com os protocolos usados neste estudo, mostrando-se ambos, insuficientes para alcançar tais capacidades físicas. Apontamos como fator limitante neste estudo o número pequeno de participantes.

Sabendo da importância da flexibilidade e da força muscular neste tipo de lesão da coluna, futuros estudos utilizando estas mesmas técnicas bem como outras, devem ser empregadas a fim de demonstrar a melhora destes fatores em indivíduos com hérnia discal.

Considerações finais

Os resultados deste estudo permitem concluir que as duas técnicas (cinesioterapia e hidrocinestoterapia) diminuíram a dor e melhoraram a mobilidade; não houve superioridade de uma sobre a outra. No entanto, tanto a kinesioterapia quanto a hidrocinestoterapia não foram capazes de aumentar a flexibilidade e força muscular de indivíduos com hérnia discal. ■

Referências

- ASSOCIAÇÃO Brasileira de Medicina, Física e Reabilitação. Hérnia de disco lombar: tratamento. **Acta Fisiátrica**, v. 20, n. 2, p. 75-82, 2013.
- CAROMANO, F.; CANDELORO, J. M. Effects of a hydrotherapy program on flexibility and muscular strength in elderly women. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 11, n. 4, p. 267-272, 2007.
- CHAPMAN, R. S.; SYRJALA, K. L. Measurement of pain. In: BONICA, J. J. (Ed). **The management of pain**. Londres: Lea &Febiger, 1990.
- CORDEIRO, V. Eficácia da hidroterapia no tratamento conservador da Hérnia de disco lombar. **Fisio & terapia**, v. 6, n. 34, ago.-set. 2002.
- FERREIRA, M. S.; NAVEGA, T. M. Efeitos de um programa de orientação para adultos com lombalgia. **Acta Ortopedia Brasileira**, v. 18, n. 3, p. 127-131, 2010.
- GRAVA, A. S.; FERRARI, L. F.; PARADA, C. A.; DELFINO, H. A. Modelo experimental para o estudo da hérnia do disco intervertebral. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 43, n. 4, p. 116-25, 2008.
- LOPES, A. D.; CICONELLI, R. M.; REIS, F. B. Medidas de avaliação de qualidade de vida e estados de saúde em ortopedia. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 42, n. 11/12, p.355-359, 2007.
- NEGRELLI, W. F. Hérnia discal: procedimentos de tratamento. **Acta Ortopedia Brasileira**, v. 9, n. 4, p. 39-45, 2001.
- PODSIADLO, D.; RICHARDSON, S. The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 48, n. 1, p. 104-105, 2000.
- RESENDE, S. M.; RASSI, C. M.; VIANA, F. P. Effects of hydrotherapy in balance and prevention of falls among elderly women. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 12, n. 1, p. 57-63, 2008.
- ROSÁRIO, J. P.; SOUSA, A.; CABRAL, C. N.; AMADO, S. M.; MARQUES, A. P. Reeducação postural global e alongamento estático segmentar na melhora da flexibilidade, força muscular e amplitude de movimento: um estudo comparativo, **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 15, n. 1, p. 12-8, 2008.

SALMELA, L. T.; SAKAMOTO, A. L.; SIQUEIRA, F. B. Mecanismos de estabilização da coluna lombar: uma revisão da literatura. **Fisioterapia em Movimento**, v. 17, n. 4, p. 51-58, 2004.

SANTOS, M. Fisioterapia e área da saúde em geral: hérnia de disco. **Revista Digital**, v. 9, n. 65, out. de 2003.

SANTOS, M. Hérnia de disco: uma revisão clínica, fisiológica e preventiva. **Revista Digital**, v. 65, p. 1, 2003.

TEODORI, R. M.; ALFIERI, F. M.; MONTEBELLO, M. I. Prevalência de lombalgia no setor de Fisioterapia do município de Cosmópolis-SP e o papel da fisioterapia na sua prevenção e recuperação. **Fisioterapia Brasil**, v. 6, n. 22, p. 113-118, 2005.

TOSCANO, J. O.; EGYPTO, E. P. A influência do sedentarismo na prevalência de lombalgia. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 7, n. 4, p. 132-137, 2001.

VIALLE, L. R.; VIALLE, E. M.; HENAO, J. S.; GIRALDO, G. Hérnia discal lombar. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 45, n. 1, p. 17-22, 2010.

WANDERLEY, R. B. Prevalência da dor na coluna vertebral em profissionais fisioterapeutas. **Fisioterapia em Movimento**, v. 14, n. 2, p. 50-66, 2001/2002.



A EXPERIÊNCIA DO COMA E SEUS ASPECTOS PSICOLÓGICOS NO CONFRONTO COM A MORTE¹

Irella Borges dos Santos Barbosa²
Nice Corrêa Machado Fontes³

Resumo: Por meio de um estudo exploratório realizado com dois sujeitos do sexo feminino que passaram pela experiência do coma, este artigo propõe analisar, através de um olhar psicológico, as percepções e sentimentos envolvidos nessa vivência de forma individualizada, procurando refletir sobre as possíveis transformações no modo de ser e viver dos indivíduos após um confronto eminente com a morte. Diante dos resultados, objetiva-se contribuir para a discussão sobre o tema ao mesmo tempo em que se busca ampliar a consciência sobre o coma e a morte.

Palavras-chave: Coma; Morte; Psicologia

The experience of coma and its psychological aspects in the confrontation with death

Abstract: Through an exploratory study fulfilled with two females who have experienced coma, this article proposes to analyze through a psychological view the perceptions and feelings involved in this experience individually, seeking to reflect on the possible transformations in the way of being and living these individuals after an eminent confrontation with death. Given the results, we aim to contribute to the discussion of the subject, to increase awareness of the coma and death for us as professionals of psychology.

Keywords: Coma; Death; Psychology

Passar por uma experiência de coma implica em um momento muito difícil e arriscado para qualquer pessoa; significa correr risco de morte. Isto porque as taxas de sobrevivência são, em média, de 50%. Dessa parte, menos de 10% conseguem uma recuperação completa. Os outros 50% não conseguem sair desse estado e, infelizmente, acabam morrendo

.....
¹ Trabalho em grupo apresentado à Uniminas (União Educacional de Minas Gerais) como requisito parcial para aprovação na disciplina Pesquisa em Psicologia II e Projeto Interdisciplinar do curso de Psicologia, 6º período. Orientadoras: Profs. Me. Eleusa Gallo Rosenburg e Me. Cleicyane Alves de Faria.

² Pós-graduanda em Clínica Psicanalítica em Extensão pela IPGU Uberlândia e em Metodologia do Ensino Superior pela IPG. Bacharel em Psicologia pela Faculdade Pitágoras de Uberlândia e em Letras – Português/ Inglês e Literaturas pela Universidade Federal de Uberlândia.

³ Psicóloga clínica, arteterapeuta e assistente social.

(BECERRA, 1987). A palavra “coma” vem do grego *koma*, que significa “estado de dormir”. Para as ciências médicas atuais o coma é entendido como um estado de sono profundo, de inconsciência, e se caracteriza pela ausência de respostas conscientes aos estímulos externos, sejam verbais ou não verbais. Durante esse período se perde as atividades cerebrais superiores, conservando-se a respiração e a circulação (PLUM, 1997). Segundo Becerra (1987), durante o coma, o enfermo apresenta deterioração fisiopatológica do sistema ativador reticular e dos hemisférios cerebrais e, conseqüentemente, dos mecanismos de retro comunicação entre ativador e o córtex cerebral. O coma resulta, geralmente, de lesões estruturais dos hemisférios cerebrais e do tronco cerebral. A sua profundidade pode ser variável, desde o coma ligeiro ou leve, em que há resposta a estímulos dolorosos, conservando-se os sinais vitais, até o coma profundo, com total ausência de resposta a estímulos, abolição dos reflexos e grave alteração dos sinais vitais (BECERRA, 1987). A “comatose” é quando uma pessoa perde completa ou parcialmente a consciência, segundo Becerra (1987), este estado pode ser definido como a totalidade experiencial da vida psíquica momentânea, dentro do seu fluir contínuo, e que se manifesta pelas capacidades de captar, ordenar, integrar e responder a estímulos do mundo interior, assim como de elaborar a comunicação verbal e os comportamentos intencionais.

O coma é causado pela perturbação grave do funcionamento cerebral devido a traumas crânio encefálicos, acidentes vasculares cerebrais, tumores, distúrbios metabólicos, envenenamentos ou asfixia. O estado de coma é classificado internacionalmente por uma escala, conhecida como Escala de Coma de Glasgow, onde o coma mais profundo equivale a Glasgow 3; o indivíduo orientado, e que responde adequadamente a comandos verbais, dolorosos e luminosos (exame pupilar) é classificado como Glasgow 15. A morte tem sido discutida por vários autores, como Kluber-Ross (1998), Joyce Rupp (1988), Diane E. Papalia (2000), entre outros. Encarada como um dos maiores paradoxos com que o ser humano se confronta, tendo a religião como aspecto essencial em todos os aspectos que se relacionam a ela (rituais, expectativas, percepções etc.).

A morte e o processo de morrer ainda constituem um tabu na sociedade. Assistimos a negação da própria finitude como um evento que ocorre apenas com o outro e não como algo que atingisse toda a humanidade. A respeito disso, Kubler-Ross (1998, p. 6) ressalta que “quando retrocedemos no tempo e estudamos culturas e povos antigos, temos a impressão de que o ser humano sempre abominou a morte”. A autora fala sobre a necessidade de nos educarmos para a morte, contra o tabu social que está sempre associado à dor, tristeza, sofrimento, perdas, fracasso, impotência, castigo ou experiências negativas. Ela desenvolveu sua tese junto a pacientes moribundos através de seminários, o que lhe permitiu identificar um conjunto de reações emocionais pelas quais passa o doente em fase terminal.

Outro aspecto importante sobre os estudos de Kluber-Ross (1998) é a crítica sobre a supervalorização dos avanços tecnológicos das ciências médicas, as super-máquinas e os remédios para salvar vidas em detrimento da importância do indivíduo e de suas necessidades psicológicas. Isto, sobretudo, no que tange ao respeito aos últimos desejos de uma pessoa que está doente, ou passando por uma

situação de risco, onde há somente preocupações com os órgãos do corpo funcionando, as secreções ou excreções envolvidas, “mas não com o ser humano que há nele” (KLUBLER-ROSS, 1998, p. 13).

Papalia e Olds (2000) relatam sobre a existência de programas de educação para a morte que têm por objetivo ensinar as pessoas e os profissionais da área da saúde sobre a morte e como lidar com ela. Demonstram, em pesquisas realizadas, que existe maior satisfação dos pacientes e familiares com os tratamentos realizados através da assistência especial para doentes terminais, que refletiam o maior tempo usado por essas equipes em ajudar os pacientes e suas famílias a lidar com a morte iminente. Essa tendência de enfrentar a morte e torná-la mais humana tem sido cada vez mais discutida e defendida no meio científico, pois vem ao encontro da necessidade de respostas e esclarecimentos a respeito de um tema que interfere na maneira de se pensar e agir como sociedade.

A enfermaria de cuidados paliativos é o centro de difusão de uma ideia ainda subversiva nos hospitais brasileiros. (Em parte, isso explica o preconceito). O tratamento nesse local começa onde a maioria termina. Ao acolher pacientes terminais defende-se uma prática médica em que cuidar é mais do que curar. Na visão hegemônica da medicina ocidental, se não existe chance de cura, não tendo mais o que fazer pelo doente, parte dos médicos iniciam procedimentos invasivos e dolorosos na tentativa de prolongar a vida a qualquer preço, ou abandonam os pacientes com a justificativa de que nada mais podem fazer por eles.

Para os profissionais paliativistas, acredita-se no respeito na hora do fim como parte do respeito à totalidade da vida. Nesse momento, a equipe de saúde garante uma morte sem dor física, os sintomas controlados, o paciente consciente e rodeado por quem ama. Nem antecipa a morte nem estica a vida, mas a garantia de que se viva até o fim com dignidade.

Para Papalia e Olds (2000), as atitudes em relação à morte variam em diferentes períodos da vida. Como as pessoas muitas vezes sofrem mudanças físicas, cognitivas e de personalidade, o entendimento dos processos de enfrentamento se tornam complexos e subjetivos. No livro *Ritual de despedidas*, Joyce Rupp (1988, p. 54) diz que o sofrimento por si só não leva a lugar algum. O que fazemos com ele é o que faz a diferença; pode ser benéfico quando leva a algum tipo de transformação; muda o propósito e o sentido da vida; e nos prepara para a morte. Assim, o profissional de psicologia poderia ajudar pacientes e familiares no entendimento dos processos que ocorrem ao enfrentarem um coma – os sentimentos, dificuldades, medos, comportamentos, entre outros fatores envolvidos.

O primeiro Princípio Fundamental do Código de Ética Profissional do Psicólogo declara: “o Psicólogo baseará o seu trabalho no respeito à dignidade e à integridade do ser humano.” Já que para o paciente se encontrar em estado de coma é inevitável, é lógico pensar a existência de um grau de sofrimento dos familiares, assim, cabe ao psicólogo a função limitada, porém de importância extremamente abrangente, de acolher os familiares e também a equipe que trabalha diretamente com o paciente. E, obviamente, o indivíduo quando retornar do coma, para ajudá-lo na compreensão de todo o processo vivenciado.

Sintomas das doenças que levaram as entrevistadas ao coma: porfiria e aneurisma cerebral

Apesar de doenças distintas, a sua gravidade levaram as entrevistadas ao coma, uma com a doença chamada “porfiria” e outra com “aneurisma cerebral”. Ambas com risco de morte. As porfirias são, possivelmente, o grupo de doenças mais difícil de compreender em toda a medicina. São doenças relativamente raras ligadas a uma única sequência fisiológica, a produção do *heme*, com manifestações muito variadas e de difícil diagnóstico. Certa vez, um colega, estudando sobre o assunto, encontrou a melhor definição possível para as porfirias: *porfiria é aquela doença que você investiga quando está desesperado para encontrar um diagnóstico*.

A porfiria aguda intermitente ocorre devido à deficiência na enzima hidroximetilbilano (HMB) sintase, também denominada porfobilinogênio deaminase (PBGD). Essa enzima era inicialmente chamada de uroporfirinogênio I-sintase, sendo que este nome ainda é utilizado em alguns laboratórios clínicos. Ocorre em 1 a 2 pessoas a cada 100.000, sendo a incidência mais comum em países do norte da Europa, como Inglaterra, Irlanda e Suécia (onde chega a 1:10.000). Em portadores de doenças psiquiátricas a incidência chega a 1:500. A PAI é a principal porfiria que causa sintomas agudos, geralmente severos e com risco de vida, mas de curta duração. Ela afeta os sistemas nervosos central, visceral, periférico e autonômico. As crises são intermitentes; podem ser severas, mas, se tratadas adequada e rapidamente, têm curta duração (se não tratadas, podem levar ao risco de morte e a sintomas que podem persistir por semanas ou meses). O principal sintoma, e geralmente o primeiro a surgir em uma crise, é a dor abdominal.

Achados psiquiátricos incluem histeria, ansiedade, apatia ou depressão, fobias, psicose, desordens orgânicas, agitação, delirium, sonolência ou coma. A ocorrência de suicídio não é incomum. As causas da formação de um aneurisma podem ser congênitas ou adquiridas, sendo ele uma doença na qual um vaso sanguíneo encontra-se anormalmente dilatado no cérebro. A dilatação é causada por uma fraqueza da parede de uma artéria ou veia do cérebro. O aneurisma cerebral é considerado perigoso, pois, ao romper-se dentro da calota craniana, estrutura inelástica por natureza, produz um aumento da pressão intracraniana, o que faz com que as estruturas do cérebro responsáveis pela respiração sejam comprimidas, ocasionando a morte por parada respiratória.

Metodologia

Optou-se por realizar esta pesquisa com sujeitos que tenham passado pela experiência de coma, com ou sem possibilidade de cura, primeiro pelo desejo em saber mais sobre o assunto e pela curiosidade enquanto pesquisadoras, tendo em vista um estudo de caso, utilizando entrevista e observação, em contato direto com os sujeitos.

Depois de identificados os dois casos a serem pesquisados, foi feita uma investigação para ver se havia disponibilidade dessas pessoas para falar sobre o assunto. Após esse parecer foi marcada a entrevista com os sujeitos e colhidas autorizações necessárias para a realização do trabalho, ou seja, a assinatura do termo de consentimento. Em um único encontro foram realizadas as perguntas do instrumento respeitando o estado físico e/ou emocional do sujeito. Foi utilizado um questionário com questões abertas, visando a esclarecer e entender o que ocorre com as pacientes que passaram pela experiência de coma. Após esse passo, se produziu tabulações de todos os dados, assim como análises e correlações pertinentes.

Análise dos dados

Este trabalho tem como objetivo distinguir os significados das experiências vividas pelas entrevistadas no estado de coma e seus impactos psicológicos no processo de ser, viver e morrer.

O estudo envolve duas participantes do sexo feminino, uma de 34 anos, separada, com duas filhas, aqui denominada como Sol. A outra tem 47 anos, separada, com um filho, identificada por Ana (nomes fictícios escolhidos pelas entrevistadas). Com bases nas análises das informações, quatro temas foram fornecidos pelas participantes: o impacto inesperado da realidade, a mudança no processo de ser e de viver, o estado modificado da consciência e o confronto com a morte. No que se refere ao impacto do inesperado da realidade, tivemos os seguintes relatos:

Sol – “não parava para pensar no assunto, porém ouvia-se falar de pessoas que chegaram lá, usa-se este termo, entre a vida e a morte, hhhhh (limpou a garganta). Entre os casos que eu vi somente dois retornaram e com sequela [...]. É engraçado, a gente tem um olho fraco e nem avalia o que passei, é a primeira vez que falo mais profundamente sobre isso, sempre quando falo é em tom de brincadeira, ah encontrei a Cássia Hellen, o Cazuza, Renato Russo, (risos) [...]. Geralmente eu corro mesmo, sempre quando me perguntam eu saio mesmo.”

Ana – “eu estava cansada no dia em que aconteceu, voltando para a casa dirigindo o carro, estava dando aula, um dia normal! Até tinha começado a escrever um livro assim: hoje amaneceu como qualquer outro dia! Nenhuma diferença, nenhuma diferença, acordei, fiz todas as coisas com maior prazer e maior alegria! Fui dar aula, tomei lanche no intervalo com os alunos, ri, brinquei, sai da aula, peguei meu menino e estava voltando pra casa, normal, nada de mais na minha vida! (respirou fundo). De frente o Ubershopping me deu uma dor do lado, muito forte, muuuito forte, eu fiz esse movimento aqui para segurar a dor (e demonstrou, segurando do lado na barriga). Já abri a porta do carro, no posto e vomitei. Aí eu falei Daniel liga pra alguém, eu não vou aguentar, preciso ir para o hospital, não estou aguentando. Aí ele achou que eu estava brincando: que isso mãe, não precisa disso tudo não, você está exagerando! Vou ligar para a minha tia. E ligou [...]. e fui para o Uai, tomar remédio para dor.”

Essas falas retratam um pouco de como as pessoas estão despreparadas para pensar na morte enquanto tem saúde, se permitindo falar e pensar sobre morte apenas quando se veem diante dela. Viver é estar diante da incerteza, da falta total de controle do inesperado, e por vezes não temos consciência disso. Neste sentido de surpresa, os dois relatos foram semelhantes, nem Sol e nem a Ana puderam imaginar que algum dia passaria pela experiência do coma. O relato de Ana, *“hoje amanheceu como qualquer outro dia! Nenhuma diferença!”* demonstra que foi pega de surpresa. Na verdade é que, às vezes, ficou surpresa com o inesperado, algo que ocorre e muda a vida, transformar a rotina, tira o foco de todo o resto. Além do fator inesperado, as duas, em seus relatos, contam a gravidade de seus estados de saúde, que levaram os médicos e suas famílias a acreditar em sua morte.

Sol – “O médico explicou que a cirurgia é muito complicada, eu acho que o médico achou que eu ia ter um choque, mas [...]. E aí ele explicou que eu tinha 10% de chance de vida, ele olhou para os equipamentos que eu estava ligada e perguntou se eu estava sentindo algo, e eu disse que não [...]. O médico perguntou se eu estava consciente que tive 4 paradas cardíacas e que a cirurgia era arriscada.”

Ana – “Eu só sei que eu entrei num choque séptico, é asséptico que fala? que é a infecção generalizada, eu cheguei, minha família arrumou para mim uma vaga lá na medicina e eu, graças a Deus que eu fui pra lá, porque é um centro de pesquisa bem avançado, e eles foram bem audaciosos comigo, coisa que às vezes poderia não ser se fosse em hospital particular. Chegamos e já fui atendida né! Já me levaram para o pronto socorro. Para a UTI do pronto socorro e já ligaram os aparelhos em mim, e já começou o processo. Já cheguei com uma perda de sangue. 70% do sangue já tinha desaparecido, só tinha 30% de sangue no corpo, vomitando fezes, quer dizer o quadro terminal, mesmo. Com infecção generalizada, parava o rim, parava o fígado, me colocavam na máquina para funcionar. Naquele dia mesmo eu fui desenganada para minha família.”

Diante desses depoimentos percebe-se a gravidade das doenças e imagina-se a insegurança e o medo ao ouvir os relatos médicos sobre a vida estar por um fio. Kubler-Ross (1998, p. 6) ressalta que, para a nossa psique, não é permitido ou é sofrido imaginar um fim real para nossa vida na Terra; se a vida tiver um fim, esse será sempre atribuído a uma intervenção maligna fora de nosso alcance. Com tentativas cada vez mais sofisticadas para descobertas de longevidade, pode-se hoje conviver bem com doenças e prolongar a vida ao máximo.

O sofrimento por si só não leva a lugar algum, o que fazemos com ele é que faz a diferença, e que pode ser benéfico quando leva a algum tipo de transformação e muda o propósito e o sentido da vida, e que também deve mudar o sentido e se preparar para a morte (RUPP, 1988, p. 54).

Com relação à religiosidade, podem-se perceber em ambas as falas que, ao passar pela experiência do coma, uma religião não pode mudar necessariamente o estado da vida, ou mesmo o fato acreditar em Deus, pois estes relatos demonstram ideias diferentes sobre a religião.

Sol – “Não me considerava uma pessoa religiosa, e ainda não me considero, não acredito em Deus. Sinceramente, se Deus existe, Ele é um caboco muito sacana, pra deixar as pessoas a pas-sarem por este tanto de coisa. [...]. Atualmente estou tentando encontrar a minha religiosidade.”

Ana – “Já participei de varias religiões [...]. Isso foi perdendo porque Deus, ao mesmo tempo que ficou próximo, a religião ficou longe. O ritual religioso tá longe, mas Deus tá perto. Porque eu vi uma igreja muito diferente, uma igreja que as pessoas não sentavam e ficavam ouvindo, e a mesma igreja que eu estava que eu estou. Mais uma igreja que o povo levantava a mão e dava glória a Deus. E Deus ouvia e se movia ali naquele meio [...]. Morrer não é um castigo, é um presente de Deus, para algumas pessoas morrer pode até ser castigo, mas para mim não foi. E eu acredito que pra muitas pessoas não é um castigo.”

Sol não era religiosa e pareceu demonstrar ainda menos religiosidade depois do coma. Ana, ao contrário, se aproximou mais de Deus, afastando-se da religião, alegando que a morte não é um castigo. Ambas mudaram seu modo de ver e viver, mas não no aspecto religioso. Em suas falas sobre a vida após o coma, houve modificações na forma de viver e perceber o mundo.

Sol – “Agora eu tento me manter calma, me deu uma bruta sede de viver, nossa! Cuidar de minhas neguinhas [...]. Agora eu tenho mais paciência, coisa que eu não tinha antes, eu aprendi a respeitar minhas limitações, eu não preciso agradar a gregos e troianos [...]. Agora, se falar em morrer, eu entro em pânico.”

Ana – “Nossa, mudou tudo! Primeiro mudou o ritmo, o ritmo foi o mais importante de todos, eu acho que eu nunca mais vou voltar ao ritmo de antes. O ritmo mudou, o ritmo é muito importante, ele é a vida.”

Entrevistador – “E precisa voltar?”

Ana - “E nem quero! E nem quero! O outro ritmo é muito acelerado, a cabeça pensa muito, agora está bem melhor, está mais leve, e essa noção de tempo também está perdida, agora tanto faz, um ano, um mês, um dia. Porque o que importa é a gente viver o agora, porque se eu morrer daqui a pouquinho, eu vou levar vocês, na minha cabeça, se eu sair daqui e morrer agora, eu tenho a certeza que eu vou levar o rostinho de vocês, porque esse momento é que é importante, que eu to vivendo, não é? Eu já tinha ouvida falar nessa teoria tanto. É que nem ouvi falar de Deus, todo mundo já ouviu falar, né? Mas hoje eu posso dizer que nem Jó: eu sinto Ele, é diferente, eu sinto,

parece que abriu uma portinha, eu sinto, aumentou a minha compaixão pelos outros, aumentou. Ai, que vontade de abraçar todo mundo, de fazer festa toda hora, sabe? Dá pra entender o momento, o momento é eterno né? Não precisa esperar a realidade? Cada momento que a gente vive é eterno! E é isso, acho que é isso, então muda tudo! Mudou tudo! Tudo passou a ser importante, quando eu estou dentro de uma sala de aula, eu estou na sala de aula, eu não consigo ver só defeito numa pessoa, todo mundo tem as suas qualidades [...]. Às vezes eu falo nossa, eu tenho que eu tenho que respeitar meu corpo, tenho que ir até onde meu corpo dá conta.”

As entrevistadas mostraram que a experiência do coma foi o diferencial em suas vidas. E se reconhecem diferentes do que costumavam ser antes dessa experiência. Esse processo de transformação se identifica com o que Stanczak *et al.* (1984) denominam de “processo de morte-renascimento”, o qual implica em mudanças de antigos hábitos, condicionamentos, reflexos e percepções, dando surgimento a novos padrões de vontade, pensamento, sentimento, emoção no mundo. Segundo a autora, esse processo pode ser desencadeado pelas mais variadas situações: por situações de crise, face à necessidade de novos significados e propósitos na vida, pelas experiências de proximidade da morte, pela remissão de doenças tidas como incuráveis, bem como nos momentos inesperados, através da reflexão, de uma leitura de um diálogo, de uma frase e até mesmo de uma palavra. As pessoas despertam para a vida quando se deparam com a morte, e acordam podendo até mesmo modificar não somente o seu olhar mas também atitudes perante a vida.

Os relatos das lembranças do coma foram marcantes e permeados por diferentes estados modificados de consciência. A inconsciência propriamente dita, a inconsciência percebida, a experiência próxima da morte e distorção da consciência (distorção da percepção e da memória). Todos esses estados de consciência modificados estiveram presentes em algum momento nos relatos. O discurso de Sol evidencia o estado de inconsciência quando diz:

Sol – “Quando eu dei outra parada, este foi um relato eu não me lembro. Eu tinha arrancado os tubos, estava cheia de sangue [...]. Um episódio engraçado foi quando eu ainda estava na UTI, segundo me contaram, quando minhas amigas foram me visitar eu cantei uma música da Clara Nunes, e uma delas desmaiou, eu não sei qual delas” (risos).

Percebe-se a ausência de memória na fala anterior de Sol. Já nos relatos abaixo se observa consciência, tanto de Sol quanto de Ana.

Sol – “Quando eu estava no desfibrilador eu sentia meu corpo subir e descer. Quando começou aquele mundo de grito parou! parou! Eu não entendi que era uma parada cardíaca. Eu ouvia falar [...] Volta Sol! Volta Sol! Eu ouvia meu pai gritar, me lembro de ficar nervosa e pedir para o meu pai parar de gritar, parecia puta. Eu não sabia o que estava acontecendo, pensei este povo está doido, mas aí senti um arranco, lembro de conversar com a minha mãe, mas como ela já morreu, acho que foi sonho.”

Ana – “Teve um momentos que eu não esqueci esse de descobrir as pessoas dessa forma né? Eu tava passando mal. Aí gritaram: tá passando mal, tá morrendo, aí [o rapaz] falou, mas vai morrer ou não vai morrer? Aí ficou aquela história né. Aí ele pegou e usou essa palavra né, vai bater com as botas ou não vai? O outro perguntava né? Não, aperta esse botão, aperta aquele. Aí eu fiquei com esse negócio né, vai morrer? Ou não vai morrer? Aí ficou tudo escuro, aí eu falei: quem será que é esse que vai morrer? Vai entrar dentro de um caixão? E vai ficar tudo escuro pra mim. E foi ficando tudo escuro pra mim! E vai morrendo tudo pra mim. Sabe? Foi morrendo e parece que foi ficando tudo escuro, foi apagando, aquela voz foi sumindo da minha cabeça, foi inesquecível essa cena.”

Na fala de ambas, percebe-se um estado de consciência auditiva e motora, em que relatam o ocorrido, “*até ouve e sente o (arranco o desfibrilador)*”. Diferente dos próximos relatos que o sujeito percebe algo, mas é incapaz de responder e acha que está respondendo.

Sol – “É estranho porque assim, o pessoal falou assim, você ficou em coma. Eu conversava, mas fiquei 25 dias sem conversar com ninguém [...]. É estranho eu estava vendo o pessoal ali. Quando você pega o prontuário, você vê que o paciente não responde. Mas dá uma revolta saber que as pessoas me deram banho. O pessoal vinha me dava banho, e não conversava comigo direito. E me dava um sentimento de impotência, mágoa fúria, frustração.”

Ana – “As histórias que você vive, em coma, depois que você sai, um bom tempo depois, você percebe e vê que não era uma alucinação. Era real aquilo que estava acontecendo, porque você ouve relatos de pessoas que viram as mesmas coisas e sentiram as mesmas coisas, era muito real!”

Os sujeitos relataram um pouco das experiências de saber o que estava acontecendo durante o coma, mas estavam numa condição incapacitada de responder a estímulos verbais, sendo considerada inconsciente e, no entanto, está sendo experienciada uma consciência interna ou externa (STANCZAK *et al.*, 1984). Sol relata que as pessoas disseram que ela ficou sem conversar; mas ela se lembra que conversava durante o coma, mas as pessoas não respondiam. Isso corresponde a diversos relatos, nos quais as pessoas relatam vivências de euforia, saída do corpo, entrando na escuridão ou no túnel, mundo de luz brilhante, entrando na luz e tomando a decisão de voltar ou permanecer (ver BEKINSCHTEIN *et al.*, 2005). Na fala de Ana há demonstrações de algumas dessas vivências.

Ana – “Não teve ninguém até hoje que acreditou em mim que eu me vi na sala de cirurgia. Eu me vi na sala de cirurgia! Tenho a certeza absoluta que era eu! Minha barriga estava vermelha, não sei se era de mertiolate. Mas não tinha nada me cobrindo, tava lá, pode ter sido depois da cirurgia, eu sabia que eu ia ser operada! Eu sabia que iam me abrir! Eu falei: Ah, mas agora vão fechar tudo de novo? Na minha cabeça? Depois de abrir... ah, mas não achou nada... fechando... eu imaginava aquela coisinha lá dentro da minha barriga. Thu, thu, thu, assim, costurando, parecia que eu estava lá dentro da minha barriga sabe? E depois eu vi eu fora da barriga.”

Ana observa que até duvidou da sua sanidade, temendo que ninguém acreditasse, temendo rejeição e ridicularização.

Ana – “Primeiro que eu tive uma sensação muito próximo de Deus, muito mesmo! O tempo não passou a ter significado pra mim. Quando eu estava em coma, eu não percebi isso, porque parece que você está. Parece não [...]! Você está em outra dimensão! Em outra dimensão, completamente diferente. Eu tinha um encontro marcado, com pessoas que eu amava profundamente, e eu ia encontrar essas pessoas, eu não sabia que estava morrendo. Para começar eu não sabia que eu estava morrendo, em segundo era real aquilo eu sabia [...], conhecia essas pessoas, estava morrendo de saudades delas, e eu ia revê-las, e eu não aguentava mais esperar essa hora.”

Ana – “E tinha um funil, ou um tipo de um funil, subia como se fosse um espiral, mas um espiral que completa, se eu ver essa gravura, e como se fosse um DNA, que vai fazendo assim [...]. E você entrava naquilo e ia subindo, ia completando fases. Não era nada solto, tudo tinha um processo. E tinha uma música linda, maravilhosa, que eu não me lembro dela, mas eu sei que ela era doce, doce e quanto mais você subia mais doce ficava, nossa! Era lindo! Era um processo doce, e eu tive que parar nesse processo, primeiro que eu ficava contando, e uma voz ficava falando assim: para de contar, vai pela fé. Olha só. E eu tinha que contar e era de três em três, e se não der os três. Tinha que completar o ciclo. Não Ana, para de contar, vem, vem. E sei que eu parei em um determinado lugar, era um lugar, tudo muito branco, cheio de macas e não tinha ninguém, só eu, e ai falaram pra mim que eu não ia... que eu não podia, ia voltar. Mas eu estava preparada para esse funil, esse funil não essa espiral, eu não estava preparada para voltar. Aí eu falei não. Mas eu preciso ir, eu tenho um encontro marcado para hoje à noite, e vai ser lindo, esse encontro vai se completar, eu estava tentando explicar pra pessoa que eu tinha que ir, e que queria ir, e que ia ser lindo, que olha ia ser três milhões de vezes melhor, tinha uns milhões de números que ia ser melhor sabe? Eu não sei, mas ia ser tão mais doce, e a música inundava, era uma outra música. E eu tinha que ir! Eu tinha que ir! Eu sei que foi colocado que eu não ia, eu não tive muita chance [...]. Eu sei que eu voltei no respirador mecânico (respirando e demonstrando o movimento do corpo, e barulho que fazia). Eu lembro que um gritou, não sei se era essa hora, mas essa é a sensação que eu tenho, que eu voltei no respirador mecânico, mas ela não pode acordar [...]. Ele falou: Mas ela acordou e eu não tenho culpa, aí eu sei, aí não sei se dava para ligar, se era esse momento que eu estava vivendo se era esse momento que eu voltei. Eu tô ligando agora, de um tempo pra cá, eu me vi respirando. E nessa hora eu escutava a música, e eu falava: gente, eles estão indo embora, e eu não tô, eu não vou, eu não tô indo. E eles foram. Exatamente naquela noite, naquele horário,, eles estavam indo e eu não fui, aí eu sabia que eu não ia.

Entrevistador – Qual foi a sensação? De não ir?

Ana – “É aaaah! Não é uma sensação muito boa não, porque eu queria muito ter ido! Muito! Mas também tem coisas que eu não me lembro que acho que era de muita importância

também ficar. Eu não dei mais birra pra não ir e eu aceitei não ir, não foi uma coisa muito complicada, mas foi dolorida, foi dolorido, foi como se fosse nascer de novo, porque depois disso né? Vieram muitas sensações de dor, desconforto, como se eu tivesse que enfrentar um nascer de novo né? Que nascer é esta passagem, que nascer dói né? Pra mãe pro filho, acho que eu tive que enfrentar essa dor, no corpo, né? O corpo não estava aguentando muito, mas o espírito estava fortinho. E até hoje acho que não bate muito o espírito com o corpo, meu espírito quer estudar, quer fazer as coisas, quer viver, mas o corpo não dá conta. Às vezes eu falo: nossa, eu tenho que respeitar meu corpo, tenho que ir até onde meu corpo dá conta.”

Nestas falas de Ana, constata-se que sua experiência foi acompanhada de saída do corpo físico, visão de funil, som de música suave, comunicação com pessoas, visão de cenas, vontade de ficar e de não voltar à realidade, além do sentimento de que a experiência foi real. Essas experiências também foram encontradas nos estudos de Lawrence (1997). Ainda segundo esses autores, muitas pessoas convivem com os problemas emocionais relativos à raiva, depressão e frustração por ter voltado, talvez contra a própria vontade, como foi o caso de Ana que se recusava em voltar; para ela “ia ser lindo” se fosse.

Nos próximos relatos de Sol verifica-se a distorção da consciência, (alucinação e ilusão), após a saída do coma: Segundo Lawrence (1997), a distorção perceptual denominada de alucinação é definida como uma percepção sensorial não associada com o estímulo externo real. Já a distorção perceptual do tipo ilusão, se refere à falsa percepção sensorial do real estímulo sensorial externo.

Sol – “O filtro que tinha entre o cérebro e a boca acabou tudo, eu falava tudo, magoei muita gente, inclusive minhas meninas, minhas amigas. O que vinha à cabeça eu falava, comecei a não dizer coisa com coisa. Depois da cirurgia fiquei com delírios por mais de 15 dias. Terrível! Fiquei na casa de uma tia minha. Às vezes eu delirava, aí voltava para o hospital, voltei para o hospital muitas vezes, e pedia para as pessoas me desamarrarem, e aí retirava os pontos.”

Como no relato de Sol, Lawrence (1997) encontrou em seus estudos 14% de distorções da consciência. Quanto à distorção do tipo ilusão, pacientes, comumente assumiam que tinham sido capturados ou mantidos contra seu desejo como parte de um experimento. Acreditando serem verdadeiras essas percepções, eles tentavam escapar saindo da cama e retirando o soro e outros equipamentos. Da mesma forma que Sol retirava os pontos, que segundo seu relato foi mais de uma vez. Outra realidade depois do coma é o conviver com sequelas e a aceitação de limites. Um fato que chamou atenção foi que as duas entrevistadas tiveram desnutrição, talvez consequência do próprio estado.

Sol – “Detalhe, quando voltei da cirurgia, voltei sem andar, enxergar, movimentar direito, segundo os médicos afirmam, não foi por causa da cirurgia foi à desnutrição, eu emagreci muito. Fiquei com duas sequelas, fraqueza do lado esquerdo e diminuição da visão também do lado esquerdo.”

Ana – “O médico preferiu chamar de porfíria, até se ter um diagnóstico correto, que a profíria se tomar cuidado você tem chance de vida mais longa. Se você tomar cuidado, é uma doença do cromossomo, por isso não tem medicamento para cromossomo, e uma enzima que para de produzir a hemácia. E se você perde a hemoglobínúria, você perde à noite, na urina. Já a porfíria você vai perdendo a hemácia, e ela vem de forma mais súbita também [...]. Ela vem para te matar [...]. Os cuidados é alimentação, não deixar a qualidade baixar [...]. Você tem que alimentar bem mesmo de 2 em 2 horas, tomar sustagem, enriquecer, ficar forte, forte, pra poder resistir. Fiquei com sequela de surdez do lado direito e fraqueza.”

A recuperação do estado de coma significa também a convivência com sequelas e a aceitação de limites, mesmo quando não estão confortáveis com elas. Aqui, no caso, as duas entrevistadas ficaram com pequenas sequelas. E Ana, em um de seus relatos, fala da sua mudança de ritmo: “*Primeiro mudou o ritmo, o ritmo foi o mais importante de todos, eu acho que eu nunca mais vou voltar ao ritmo de antes.*” No que diz respeito a dizer algo para as pessoas, ou deixarem alguma mensagem registrada. Obtiveram-se os seguintes relatos.

Ana – “Dizer que é só pra viver cada momento também poderia ficar muito livre, ah, então vou viver o aqui e o agora, fazer tudo que eu quiser, também não é bem assim né? Eh!, acho que é tudo que a gente não puder deixar para traz, que fizer a gente ficar em paz, com a gente mesmo, e com os outros, acho que o que você leva daqui é paz, se você não está em paz não flui.”

Sol – “Às vezes agente acha que tem problemas, mas com saúde e vida agente vai em qualquer lugar, qualquer ponto. Como eu gosto muito de música, tem duas músicas que definem minha vida hoje. (E canta a música e os entrevistadores acompanham). *Tocando em Frente* de Almir Sater: “Ando devagar porque já tive pressa, e levo esse sorriso porque já chorei demais, hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe, só levo a certeza de que muito pouco eu sei, eu nada sei, conhecer as manhãs e as manhãs, o sabor das massas e das maçãs, é preciso amor pra poder pulsar, é preciso paz pra poder sorrir, é preciso a chuva para florir”. A outra é do Zeca Pagodinho (todos cantam). “Eu já passei, por quase tudo nessa vida, em matéria de guardida, espero ainda a minha vez, confesso que sou, de origem pobre, mas meu coração é nobre, foi assim que Deus me fez [...]. E deixa a vida me levar (Vida leva eu!), deixa a vida me levar (Vida leva eu!), deixa a vida me levar”. Eu quero que a vida me leve longe, tchau morte. Ela tentou uma, duas, três e quatro, não quis me levar agora, eu não vou nao! (risos).”

Estas falas demonstram mais uma vez que a experiência do coma transformou a vida dessas pessoas e aponta para uma nova jornada existencial, na qual se reconhecem como diferentes do que costumavam ser antes dessa experiência. Nesse sentido, pode-se dizer que o relato das entrevistadas traz um discurso fenomenológico. Eles buscam na essência de suas vivências algo que transcende o

materialismo existencial e remete para uma busca de significados e novas construções interiores. Esses fatores têm o poder de redirecionar e resignificar todo o sentido da vida e, concomitantemente, construir novos caminhos e transformar a realidade vivida em algo que possa contribuir para o desenvolvimento do próximo, da humanidade, na tentativa de dar ou achar sentido para a experiência vivida.

Outro aspecto interessante detectado nos relatos com as entrevistadas foram os comentários de ambas sobre seus pés. Ou seja, o tamanho, formato e estrutura que apareceram nas conversas em momentos de descontração (final das entrevistas), como uma simples brincadeira ou comparação de suas estruturas físicas, pés, altura e partes do corpo, com vivências tanto do coma (agressão dos aparelhos e medicamentos) quanto de fatos antigos, remanescentes da infância. Assim, dentro de uma possível análise psicanalítica, neste contexto, o corpo pode ser um decodificador de processos inconscientes, uma vez que as marcas do corpo, um sofrimento, por exemplo, podem trazer informações relevantes para um maior conhecimento sobre a experiência emocional vivenciada pelo indivíduo.

Considerações finais

Com este trabalho, podem-se investigar os significados, percepções, sentimentos e impactos envolvidos com a experiência do coma. Foram encontrados alguns resultados no impacto inesperado da realidade, a mudança no processo de ser e de viver, o estado modificado da consciência, o confronto com a morte e outros aspectos que emergiram durante a entrevista, que não eram objetivos neste trabalho. Não menos importante é a gravidade de suas doenças, com iminente risco de morte, como era de conhecimento das duas durante todo o processo vivido, que tiveram resultados imediatos como a incerteza, a insegurança e o medo do confronto com a morte que enfrentaram.

Outro dado encontrado refere-se à adesão à uma religião, uma prática que não ficou mais forte em suas vidas por causa da doença. No entanto, a fé na vida e nelas próprias ficou reforçada. Com relação ao impacto inesperado da realidade, nenhuma das entrevistadas esperava por esse evento impactante em suas vidas. O reflexo foi como estar anestesiado, não entender o ocorrido. Assim, os sujeitos consideraram que as entrevistas tiveram efeito terapêutico, uma vez que ao falarem das experiências vividas compreendiam e aceitavam melhor os fatos. No nível de mudanças no modo de ser, viver, perceber e sentir a vida, o resultado foi que passar por uma experiência que coloca o indivíduo em confronto com a morte, traz alterações significativas internas e externas. Primeiro porque obriga o indivíduo a repensar o seu modo de vida (reflexão) e daí geralmente surgem mudanças, muitas vezes imediatas (parece funcionar como um dispositivo de sobrevivência). Segundo, por ensinar o sujeito a conviver com fatos novos, nunca pensados anteriormente, como possíveis limitações físicas (sequelas), emocionais ou de outro aspecto com que foram impostas, e ainda, prepará-las para a superação das adversidades.

Além disso, verificou-se neste trabalho que não houve resistência em momento algum por parte das participantes em falar sobre o coma. Pelo contrário, foi surpreendente a disposição e a vontade com

que as duas entrevistadas tiveram de falar sobre o assunto. Portanto, esta pesquisa foi relevante tanto para as pesquisadoras quanto para os sujeitos entrevistados, pois uma delas não havia ainda conversado sobre o assunto desde o acontecimento até aquele momento; e as duas se deram conta de coisas importantes que não tinham pensado antes da entrevista. Para as pesquisadoras, esta pesquisa foi particularmente gratificante, pois representou o contanto enriquecedor com duas pessoas maravilhosas, extremamente fortes e cheias de disposição em contribuir com suas experiências para transformar ou ajudar outras pessoas que passaram por problemas semelhantes, sendo para todos nós exemplos de vida. Assim como possibilitou crescimento pessoal e profissional enquanto estudantes de Psicologia. Nesse aspecto, entrar em contato com a prática através deste trabalho contribuiu significativamente para o aprendizado, pois possibilitou a realização de uma relação entre a teoria e a prática, além de fomentar o interesse maior pela pesquisa. ■

Referências

BECERRA, M. C. Boletim Sindical. **Lisboa**, v. 8, n.6, p. 56-59, nov/dez de 1987.

BEKINSCHTEIN, T.; TIBERTI, C.; NIKLISON, J.; TAMASHIRO, M.; RON, M.; CARPINTIERO, S.; VILARREAL, M.; FORCATO, C.; LEIGUARDA, R.; MANES, F. Assessing level of consciousness and cognitive changes from vegetative state to full recovery. **Neuropsychological Rehabilitation**, v. 15, n. 3-4, p. 307-322, 2005.

KUBLER-ROSS, E. **A roda da vida**. Rio de Janeiro: Geográfica Editora, 1998.

LAWRENCE, M. **In a world of their own: experiencing unconsciousness**. Connecticut: Praeger, 1997.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artes Medicas, 2000.

PLUM, F. B. **Diagnostico de stupor e coma**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

RUPP, J. **Rituais de despedida**. São Paulo: Editora Loyola, 1988.

STANCZAK, D. E.; WHITE, J. G.; GOVIEW, W. D. Assessment of level of consciousness following severe neurological insult: a comparison of the psychometric qualities of the Glasgow coma scale and the comprehensive level of consciousness scale. **Journal of Neurosurgery**, v. 60, n. 5, p. 955-960, 1984.