



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Conselho de Administração

Alberto Beltrame (Presidente)
Jussara Rosa Cony
Leonilse Fracasso Guimarães
Arlindo Nelson Ritter
Franselmo Araújo Costa
Márcia Bassit Lameiro da Costa Mazolli

Conselho Fiscal

Paulo Ricardo de Souza Cardoso
Luiz Fernando Beskow
Arionaldo Bomfim Rosendo

Diretoria

Jussara Rosa Cony - Diretor-Superintendente
Gilberto Barichello - Diretor Administrativo e Financeiro
Ivo Leuck Júnior - Diretor Técnico

Gerentes do Grupo Hospitalar Conceição

Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC
Lisiane Boer Possa

Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.

Administração
Denise Maria Jornada Braga

Pacientes externos
Alexandre Paulo Machado de Britto

Unidades de Internação
Paulo Ricardo Bobek

Saúde Comunitária
Ney Bragança Gyrão

Serviços de Diagnóstico e Tratamento
Gilberto Bandeira Lang

Hospital Cristo Redentor S.A.

Administração
Claudiomiro Ambrosio

Unidades de Internação
Elisabeth Loguercio Collares

Hospital Fêmina S.A.

Administração
Nataniel Schostack
Unidades de Internação
Carlos Eduardo Nery Paes

Hospital Criança Conceição

Administração
Mauro Rosa De Paula
Unidades de Internação
José Roberto Barreto Saraiva



Momento & Perspectivas em Saúde

Volume 22 - Número 1 - JANEIRO/JUNHO 2009

Publicação técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição, sociedade anônima de capital fechada com controle acionário da União Federal e ligada à Gerência de Ensino e Pesquisa - GEP/GHC.

MOMENTO & PERSPECTIVAS EM SAÚDE tem como escopo divulgar a experiência técnico-científica dos profissionais do GHC e difundir conhecimentos, de qualquer origem, que contribuam para aperfeiçoar o momento e desenvolver tendências de melhoria das perspectivas para a saúde no País.

Editor

Alberto Salgueiro Molinari

Conselho Editorial

Airton Stein

André Luis Câmara Galvão

Balduino Tschiedel

Charly F. Camargo

Cristiane Valle Tovo

Edelvis Vieira Rodrigues

Edmundo Lima Zagoury

José Luiz Pedrini

Júlio Baldisserotto

Emílio Moriguchi (PUCRS)

Jorge Luiz de Lima Hetzel (FFFCMPA)

Noé Zamel (Canadá)

Jorge L. Irvin III(USA)

Lauro Hagemann

Marília Gerhardt de Oliveira

Paulo R.S. Silva

Pedro Pimentel Filho

Rafael Barberena Moraes

Raul Pruinelli

Romeu Warken

Sérgio Antonio Sirena

Sérgio M. Espinosa

Vera Lúcia Pasini

Maria Inês Schmidt (UFRGS)

Luciano Basto Moreira (ULBRA)

Alberto Bujardon (CUBA)

CORRESPONDÊNCIA: os trabalhos para publicação e as revistas em permuta devem ser encaminhadas para “Momento & Perspectivas em Saúde” Revista Técnico-Científica do GHC - Serviço de Editoria - Av. Francisco Trein, 596 - CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS Brasil - Telefone: (51) 3357.2376

SUMÁRIO

EDITORIAL

- A diversidade da Assistência no GHC.....7**
André Luis Câmara Galvão

ARTIGOS ORIGINAIS

- Prevalência de desnutrição na internação hospitalar através de Avaliação Subjetiva Global em um Hospital geral.....9**
Aline Marcadenti, Carla Vencatto, Maria Elisabeth Boucinha¹, Marlene Pooch Leuck¹, Rossely Rabello, Lisiane Guadagnin Londero¹, Anelise Siviero Ribeiro¹, Aliandre Toller¹, Simone Perocchin de Souza, Lisiane Segabinazzi

- A enfermagem no alívio da dor no parto.....14**
Cíntia Caringi Difini, Neiva de Iolanda Berni

- Quando o adoecimento de uma criança surge como unificador da relação parental - RC.....19**
Caroline Brum de Oliveira, Cristiane Rech Rosa, Tatiana Bonatto

ARTIGO DE REVISÃO

- A Fisioterapia preventiva aplicada à Cinesioterapia Laboral para Hérnia de Disco em Técnicos de Enfermagem - AR.....23**
Gregório Tapia de Souza, Livia Ramalho Arsego, Roseti Marques Corrêa

ARTIGOS DE ATUALIZAÇÃO

- Do excesso de açúcar no sangue à falta de açúcar na boca.....26**
Ana Maria Ferreira

RELATO DE CASO

- Ortodontia e cirurgia ortognática associadas à rinoplastia – RC.....32**
Éber Luís de Lima Stevão

- Definição da sexualidade: acontece na infância?.....36**
Caroline Brum de Oliveira, Cristiane Rech Rosa, Tatiana Bonatto

MOMENTOS EM MEDICINA40

- Dr. Roberto Corrêa Chem**
Charly G. Camargo; Luiz F. Franciosi.

- Carta ao Editor.....42**
João Vicente Bassol

- Normas para publicação da Revista do GHC.....43**

EDITORIAL

A DIVERSIDADE DA ASSISTÊNCIA NO GHC

É com satisfação que vemos o contínuo crescimento e qualidade dos profissionais que compõem o GHC no momento em que o número de publicações e o interesse pela pesquisa científica vêm aumentando. Ao manter a periodicidade de duas edições anuais, evidenciamos esta realidade, colocando a revista do GHC “Momentos e Perspectivas em Saúde” como uma possibilidade concreta na opção de escolha dos autores e revelando a possibilidade de indexá-la em consagrada base de dados.

A diversidade dos artigos expressa o potencial de produção científica em uma abordagem ampla do perfil de saúde, desde aspectos psicológicos em avaliação da saúde mental na infância e aspectos da formação da personalidade, abordagem de cuidados à gestante no momento especial do parto, intervenção fisioterápica em uma população suscetível a patologias ortopédicas da coluna vertebral, e um relato de caso.

Esta variedade de especialidades na saúde, no atendimento integrado, que um grupo hospitalar como este, inserido a dedicar especificamente ao SUS, caracteriza a multidisciplinaridade deste atendimento.

Esperamos que tal conteúdo possa acrescentar conhecimento e enriquecer nossa prática diária.

Boa leitura.

André Luis Câmara Galvão
Conselho Editorial

PREVALÊNCIA DE DESNUTRIÇÃO NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR ATRAVÉS DE AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL EM UM HOSPITAL GERAL

Prevalence of malnutrition detected by Subjective Global Assessment (SGA) at admission in a General Hospital

Aline Marcadenti* Carla Vencatto** Maria Elisabeth Boucinha** Marlene Pooch Leuck** Rossely Rabello** Lisiane Guadagnin Londero**
Anelise Siviero Ribeiro** Aliandre Toller** Simone Perocchin de Souza** Lisiane Segabinazzi**

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência de desnutrição em indivíduos não-idosos e idosos através da Avaliação Subjetiva Global (ASG) no momento da admissão em um hospital público no Sul do Brasil.

Métodos: Entre 2007 e 2008 foram arrolados 550 pacientes ≥ 18 anos em estudo transversal. Análise estatística foi realizada através de teste t de Student, teste Qui-quadrado de Pearson e teste U de Wilcoxon-Mann-Whitney.

Resultados: Entre os pacientes incluídos na análise final a prevalência total de desnutrição foi de 39,8%. O número de indivíduos < 60 anos identificados como bem nutridos foi significativamente superior aos idosos ($p = 0,05$). Entre 115 participantes excluídos da análise final por não apresentarem condições para aferição de peso e altura, a prevalência de desnutrição foi 57%.

Conclusão: A desnutrição é altamente prevalente em nosso hospital e a AGS detecta com sucesso esta condição, sendo que as maiores taxas foram observadas entre os idosos.

Descritores: desnutrição hospitalar, Avaliação Subjetiva Global

ABSTRACT

Objective: This study aimed to assess the prevalence of malnutrition in inpatients using the Subjective Global Assessment (SGA) at admission in a public hospital of a Brazilian southern capital city.

Method: 550 inpatients ≥ 18 years were enrolled between 2007 and 2008. Statistical analyses were made by Student's t test, Pearson's Chi-square test and Wilcoxon-Mann-Whitney's U test.

Results: Total prevalence of malnutrition was 39.8%. Between older inpatients (≥ 60 years, $n = 173$) the prevalence of malnutrition was 39%. There was no significant difference for gender, BMI (Body Mass Index) and length of hospital stay between older and younger inpatients. Number of inpatients aged < 60 years identified as well nourished was significantly superior to ≥ 60 years ($p < 0.05$). Prevalence of malnutrition among 115 inpatients without assessment of weight and height excluded from final analysis was 57%.

Conclusion: Malnutrition is highly prevalent in our hospital and SGA successfully detected it among hospitalized inpatients. Higher rates were observed among older persons.

Key words: nutritional evaluation, malnutrition, elderly, Subjective Global Assessment

INTRODUÇÃO

A desnutrição hospitalar manifesta-se mundialmente^{1,4} sendo que estudos sugerem que de 30 a 50% dos pacientes hospitalizados apresentam algum grau de comprometimento do estado nutricional⁵. No Brasil, o estudo IBRANUTRI (Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional) demonstrou que aproximadamente 48% dos indivíduos hospitalizados em estabelecimentos públicos de saúde apresentam algum tipo de desnutrição, sendo quase 13% diagnosticados como desnutridos graves³.

Apesar de bem estabelecida a associação entre desnutrição hospitalar e morbi-mortalidade, raramente encontra-se registrada em prontuários médicos e pode representar tanto o perfil nutricional de uma população quanto problemas nutricionais associados a processos patológicos. Além do impacto negativo sobre os processos fisiológicos do indivíduo, altas taxas de desnutrição promovem aumento do tempo de permanência destes pacientes em ambiente hospitalar e conseqüente aumento dos custos dos sistemas de saúde^{6,7}.

Particularmente entre indivíduos idosos as prevalências de desnutrição podem variar de 15 a 55%⁸⁻¹⁰. O envelhecimento é caracterizado por uma série de alterações morfológicas e fisiológicas como redução de massa magra (água, tecido ósseo e tecido muscular), aumento dos percentuais e redistribuição de gordura corporal e redução da percepção sensorial¹¹. Além disso, os processos e mecanismos das doenças podem contribuir para a piora do estado nutricional entre ido-

sos¹², tornando-os mais vulneráveis em relação a morbimortalidade e tempo de internação hospitalar¹³.

Nas últimas décadas diversos instrumentos de avaliação do estado nutricional embasados em métodos objetivos (antropometria, dosagem de proteínas séricas, avaliação da imunidade celular, avaliação da composição corporal) e em métodos subjetivos têm sido propostos para auxílio diagnóstico. Entretanto, apesar do reconhecimento da importância destes métodos na identificação da desnutrição hospitalar, a dificuldade na utilização de métodos objetivos de maneira padronizada em todas as faixas etárias cria uma barreira frente às alterações corporais e fisiológicas observadas em idosos e indivíduos hospitalizados. A Avaliação Subjetiva Global (ASG) - método clínico subjetivo de avaliação do estado nutricional, de baixo custo e que considera alterações funcionais e na composição corporal do paciente - torna-se bastante útil na prática clínica e correlaciona-se positivamente com parâmetros objetivos de avaliação nutricional^{14,15}.

OBJETIVO

Este estudo teve por objetivo avaliar o estado nutricional de indivíduos não-idosos e idosos através da Avaliação Subjetiva Global (ASG) no momento da admissão em um hospital público no Sul do Brasil, identificando assim a prevalência de desnutrição nesta população.

* Mestre em Ciências Médicas: Cardiologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Ufrgs)

** Nutricionista Assistencial Hospital Nossa Senhora da Conceição

MÉTODOS

Neste estudo transversal foram avaliados 550 pacientes $\geq$ 18 anos entre 2007 e 2008 (285 homens e 265 mulheres) admitidos no Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, Brasil - com cobertura exclusiva do Sistema Único de Saúde (SUS) e representação de 4,05% das internações nesta esfera no Sul do Brasil¹⁶. O cálculo amostral foi baseado na prevalência de desnutrição hospitalar na região Sul do Brasil – 45%³: para estimar um intervalo de confiança de 95% com um poder de 90% e assumindo 10% de perdas, seriam necessários aproximadamente 450 pacientes.

Foram excluídos do estudo gestantes, indivíduos com período de internação inferior a 72 horas e/ou que internaram mais de uma vez na vigência do estudo. A seleção deu-se de forma aleatória simples, conforme o número de internações diárias e a cada dez pacientes um foi selecionado. O Comitê de Ética e Pesquisa (CEP- GHC) aprovou o protocolo e todos os participantes (ou seus responsáveis diretos) consentiram e assinaram termo para participar.

Coleta de dados

Dados demográficos (sexo, idade) e questões pertinentes à escolaridade, estado civil e renda familiar foram coletadas através de questionário por duas nutricionistas treinadas para padronização de técnicas antropométricas e aplicação dos instrumentos de pesquisa. Informações a respeito do período e local de internação (clínica médica, cirúrgica ou emergência) e patologias de base também foram registradas no devido questionário e foram obtidas através de prontuário médico, assim como o registro do paciente. Estabeleceu-se a priori que os investigadores teriam 72 horas a partir do momento da admissão hospitalar para realização da entrevista e avaliação nutricional.

Avaliação do Estado Nutricional

A avaliação do estado nutricional foi realizada através de métodos subjetivos (Avaliação Subjetiva Global) e objetivos (Índice de Massa Corporal - IMC), sendo que peso e altura foram obtidos apenas entre os pacientes que deambulavam em condições plenas.

O peso foi aferido com o mínimo de roupas possível (pacientes descalços) em balança digital portátil (Techline^R - Modelo TEC-189) com precisão de 0,1kg e capacidade para 150kg. A altura foi aferida através antropômetro (Sanny Medical^R) com capacidade para 2 metros e precisão de 0,1cm - paciente em plano de Frankfort. Registrou-se o peso em quilogramas (kg) e altura em metros (m). O IMC foi calculado através da divisão do peso do paciente pela sua altura elevada ao quadrado.

O estado nutricional pelo IMC foi determinado através dos pontos de corte sugeridos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre indivíduos adultos (17), sendo $< 18,5\text{kg/m}^2$ classificado com desnutrição, 18,5 – 24,9 eutrofia, 25 – 29,9 sobrepeso e $\geq 30\text{kg/m}^2$ obesidade. Classificação de Lipschitz (18) foi utilizada para avaliação do IMC entre idosos ≥ 60 anos (19): $< 22\text{kg/m}^2$ desnutrição, 22 – 27 eutrofia e excesso de peso $> 27\text{kg/m}^2$.

A ASG baseia-se na história clínica e no exame físico do indivíduo^{20, 21}. Aspectos como a redução de peso nos últimos seis meses, alterações na ingestão dietética, presença de sintomas gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia, anorexia) e capacidade funcional relacionada ao estado nutricional são itens abordados na história clínica. O exame físico aborda a perda de gordura subcutânea, perda de massa muscular, presença de edema resultante da desnutrição e ascite. A combinação destes parâmetros classifica o indivíduo como bem nutrido (representado pela letra A no instrumento), moderadamente ou suspeita de ser desnutrido (B) ou gravemente desnutrido (C).

Análise Estatística

Os dados foram analisados através do programa Statistical Package for the Social Science (SPSS para Windows versão 16.0, Il., EUA). Comparações entre médias e proporções foram realizadas através de teste t de Student e teste Qui-quadrado de Pearson, respectivamente. Teste U de Wilcoxon-Mann-Whitney foi utilizado para análises não-paramétricas.

RESULTADOS

Entre 550 pacientes arrolados, 105 foram excluídos da análise por não apresentarem condições para aferição de peso e altura (19%), restando 445 pacientes na análise final. A tabela 1 mostra as características dos participantes, sendo que a prevalência de idosos entre a população estudada foi de 39%. A prevalência total de desnutrição foi de 39,8% (incluindo os diagnósticos de desnutrição moderada e grave pela Avaliação Subjetiva Global).

Tabela 1. Características dos participantes conforme a idade [média $\pm$ DP, mediana (AI) ou N (%)]

	Amostra total N= 445	< 60 anos N= 272	≥ 60 anos N= 173	P
Idade (anos)	54.3 $\pm$ 16.5	43.8 $\pm$ 11.1	70.8 $\pm$ 7.9	< 0.001*
Sexo				0.09¶
Masculino	235 (52.8)	135 (49.6)	100 (57.8)	
Feminino	210 (47.2)	137 (50.4)	73 (42.2)	
Escolaridade				< 0.001¶
Analfabeto	46 (10.3)	13 (4.8)	33 (19.1)	
1º Grau	286 (64.3)	172 (63.2)	114 (65.9)	
2º Grau	88 (19.8)	68 (25)	20 (11.6)	
3º Grau	25 (5.6)	19 (7)	6 (3.5)	
Avaliação Subjetiva Global				0.05¶
A	268 (60.2)	176 (64.7)	92 (53.2)	
B	104 (23.4)	56 (20.6)	48 (27.7)	
C	73 (16.4)	40 (14.7)	33 (19.1)	
Situação Conjugal				< 0.001¶
Solteiro	84 (18.9)	65 (23.9)	19 (11)	
Casado	244 (54.8)	158 (58.1)	86 (49.7)	
Separado	58 (13)	42 (15.4)	16 (9.2)	
Viúvo	59 (13.3)	7 (2.6)	52 (30.1)	
Renda Familiar				< 0.001¶
< 1 SM	30 (6.7)	25 (9.2)	5 (2.9)	
1 - < 2 SM	226 (50.8)	114 (41.9)	112 (64.7)	
2 - < 3 SM	97 (21.8)	66 (24.3)	31 (17.9)	
≥ 3 SM	92 (20.7)	67 (24.6)	25 (14.5)	
Peso na baixa hospitalar (kg)	69.9 $\pm$ 18	71.04 $\pm$ 18.8	68.14 $\pm$ 16.4	0.1*
Altura na baixa hospitalar (m)	1.63 $\pm$ 0.1	1.64 $\pm$ 0.1	1.62 $\pm$ 0.09	0.08*
IMC na baixa hospitalar (kg/m ²)	26.2 $\pm$ 6.4	26.42 $\pm$ 6.8	25.82 $\pm$ 5.6	0.3*
Tempo de Internação (dias)	12 (6 – 22)	11 (5 – 22)	13 (7 – 23)	0.08§

SM – salário mínimo

IMC – Índice de Massa Corporal

*Teste t de Student

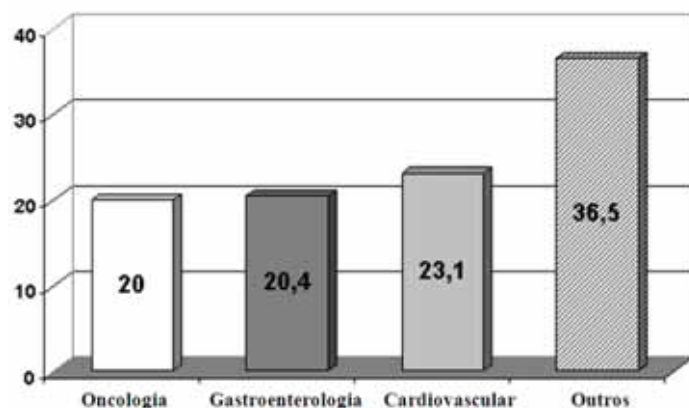
¶Teste Qui-quadrado de Pearson

§Teste U de Wilcoxon-Mann-Whitney

Não houve diferença significativa no gênero, peso, altura e IMC entre indivíduos não-idosos e idosos. Em relação à escolaridade, indivíduos idosos apresentaram maiores taxas de analfabetismo ($p < 0,001$), enquanto que taxas superiores de participantes que se declararam casados foram encontradas entre não-idosos ($p < 0,001$). O número de indivíduos com menos de 60 anos identificados como bem nutridos foi significativamente superior aos idosos ($p = 0,05$). E comparativamente aos não-idosos, um número maior de participantes com idade igual ou superior a 60 anos declararam ganhos entre 1 e 2 salários mínimos mensais ($p < 0,001$).

O gráfico 1 mostra os principais motivos de internação entre os participantes do estudo, sendo que complicações gastrointestinais destacaram-se entre os não-idosos e problemas cardiovasculares foram os principais motivos de internação entre indivíduos com 60 anos ou mais. (Fig. 1)

Figura 1: Distribuição dos participantes do estudo segundo principal motivo de internação, em % (N = 445)



A idade média dos indivíduos permaneceu semelhante após a exclusão dos 105 participantes (56 ± 17 entre os 550 arrolados, $54,3 \pm 16,5$ entre 445 incluídos), sendo que 18% dos homens e 21% das mulheres não apresentavam dados de peso ou altura, justificando o motivo da exclusão. Entretanto, uma sub-análise desses indivíduos identificou que 43% eram bem nutridos e 57% apresentavam algum grau de desnutrição (36% moderada e 21% grave) através da Avaliação Subjetiva Global. Pacientes sem informação de peso e/ou altura por diversos motivos (mal estado geral, amputados, pós-operatório, etc) e diagnosticados como eutróficos ou desnutridos representaram respectivamente 14% e 25% dos participantes excluídos da análise.

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi descrever o estado nutricional de indivíduos não-idosos e idosos no momento da admissão em hospital público no Sul do Brasil, identificando uma alta prevalência de desnutrição hospitalar (aproximadamente 40%), com destaque para a população idosa.

Nossos dados vão de encontro aos apresentados por Waitzberg et al.³, que mostraram entre os estados localizados na região Sul do Brasil uma prevalência de 38,9% de desnutrição hospitalar. Outro grande estudo promovido entre países da América Latina descreveu uma prevalência de 50,2% de desnutrição⁴, semelhante aos dados nacionais do IBRANUTRI. Apesar de inferiores comparativamente às prevalências brasileiras e latinoamericanas, nossos dados demonstram que mesmo em regiões consideradas mais desenvolvidas em nível nacional as taxas de desnutrição elevadas podem refletir uma complexa interação socioeconômica, cultural e governamental.

Nosso estudo demonstrou uma prevalência de 39% de idosos entre pacientes hospitalizados. Segundo informações da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios) realizada em 2003, os indivíduos idosos representam em torno de 10% da população do país.

(22) O processo de envelhecimento está acompanhado de uma série de fatores, incluindo o aumento nas taxas de doenças crônicas não-transmissíveis responsáveis por grandes proporções de morbi-mortalidade e incapacidade em todos os continentes, inclusive entre indivíduos desnutridos. As mudanças no perfil de saúde da população mundial com predomínio de doenças crônicas não-transmissíveis são determinantes para desnutrição em idosos e observa-se aumento expressivo na mortalidade neste grupo etário, principalmente entre os mais velhos²³.

Além da mudança de hábitos alimentares²⁴ a desnutrição com conseqüente piora de prognóstico hospitalar em idosos associada à doenças crônicas pode ter origem socioeconômica²⁵ e fisiológica²⁶, onde o uso crônico de diversas medicações, problemas relacionados a mastigação e deglutição, depressão e comprometimento com dependência funcional complementam este cenário. Estudos prévios demonstram altas taxas de desnutrição entre idosos no momento da admissão hospitalar, variando de acordo com as características de cada estudo e o método de avaliação nutricional utilizado. Nossa prevalência de desnutrição entre idosos foi compatível aos achados de McWhirter et al.²⁶ e Fernández et al.⁸, sendo entretanto inferior à descrita por Kyle et al.¹⁰ e Thomas²⁷. Quando classificamos a desnutrição em moderada e grave conforme critérios da ASG as prevalências de desnutrição entre idosos observadas em nosso estudo atingem 27,7% (ASG B) e 19,1% (ASG C), diferentemente das prevalências observadas entre 392 idosos europeus (43,1% ASG B e 36% ASG C)¹⁰. Estas proporções podem se justificar devido à estrutura de saúde oferecida à população, sendo que muitos pacientes recorrem ao atendimento terciário como opção devido a dificuldades no acesso à saúde. Diferentemente, nos países europeus as internações hospitalares tendem a ocorrer entre pacientes com pior prognóstico e estado de saúde mais fragilizado, devido ao acesso à atenção primária em saúde conseqüente da estrutura organizacional diferenciada, tradicionalmente direcionada à prevenção. A mesma observação justifica nossos achados relativos a taxas superiores de indivíduos não-idosos classificados como bem nutridos comparativamente a outros estudos: 64,7% vs. 50,2% descrito previamente por Kyle et al.¹⁰ entre 603 adultos com menos de 60 anos de idade.

Observamos um maior número de indivíduos viúvos entre os pacientes com idade igual ou superior a 60 anos comparativamente aos mais jovens. Idosos freqüentemente vivem sozinhos, e o isolamento social agregado à solidão associa-se com diminuição do apetite e da ingestão energética nesta faixa etária²⁸. Além da condição de morar sozinho Lee et al demonstraram a renda e a escolaridade como fatores de risco para alimentação quantitativamente e qualitativamente inadequada em uma amostra de idosos participantes do estudo americano National Health and Nutrition Examination Survey III (NHANES III 1988/1994)²⁹, sugerindo que o nível socioeconômico determinado principalmente pelo status educacional pode influenciar diretamente no estado nutricional do indivíduo e confirmado entre indivíduos hospitalizados no estudo ELAN (Estudo Latino Americano de Nutrição), onde 48,2% dos pacientes com educação primária apresentavam algum grau de desnutrição identificado pela ASG⁴.

Os percentuais elevados de indivíduos com escolaridade correspondente a 1º grau completo observados em nosso estudo (63,2% entre não-idosos e 65,9% nos idosos) vão de encontro às proporções encontradas entre a população brasileira (64,9% e 53% respectivamente)³⁰. O IBRANUTRI identificou 47,6% dos indivíduos hospitalizados com este nível de escolaridade³ e entre os participantes cubanos do estudo ELAN (1.905 indivíduos) 34,4% dos pacientes apresentavam 1º grau completo, sendo que 66,4% desta proporção apresentava 60 anos de idade ou mais³¹. Em torno de 10% da população brasileira acima de 15 anos de idade é considerada analfabeta, prevalência semelhante à encontrada neste estudo³⁰. Ainda segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) 12,4% dos idosos residentes no Brasil estão classificados em situação de pobreza de acordo com o rendimento médio domiciliar e os proventos oriundos da Previdência Social representam peso significativo no orçamento destes indivíduos. Marín-León et al demonstraram importante contribuição dos idosos à renda familiar em estudo de base populacional realizado em Campinas, São Paulo³².

Não observamos em nosso estudo diferença significativa no tempo de internação entre indivíduos com menos de 60 anos de idade comparativamente a idosos. Entretanto, sabe-se que indivíduos mais velhos utilizam os serviços hospitalares de maneira mais intensiva que os demais grupos etários. Segundo IBGE, o custo por internação per capita aumenta à medida que a idade avança, sendo que entre os homens os custos tendem a ser inferiores²². O tempo de permanência hospitalar semelhante entre as faixas etárias pode ser justificado, em nosso estudo, novamente pela estrutura física e organizacional característica da instituição de saúde, onde em diversas situações os indivíduos são submetidos a longos períodos de hospitalização na espera de algum exame específico ou de definições diagnósticas.

O IMC, utilizado em nosso estudo apenas para caracterizar a amostra e sem diferença significativa entre pacientes jovens e idosos na admissão hospitalar, não diferencia diversos compartimentos corporais como tecido adiposo e massa magra, podendo mascarar o real estado nutricional dos indivíduos³³. Observamos um percentual significativo de indivíduos que não apresentava condições físicas para aferição de peso e/ou altura, mas foram classificados de acordo com a ASG em relação ao status nutricional, sendo que o diagnóstico de desnutrição foi atribuído a 57% destes indivíduos. Estas informações reforçam a importância da aplicação de um método subjetivo adicionalmente a dados objetivos na definição do diagnóstico nutricional, sendo que em recente revisão é sugerido que a Avaliação Subjetiva Global deva ser padronizada como primeira escolha na avaliação nutricional³⁴.

CONCLUSÃO

Concluimos com este trabalho que a desnutrição é altamente prevalente em nosso hospital, semelhante a outras instituições em nível mundial. A Avaliação Subjetiva Global detecta com sucesso esta condição entre pacientes hospitalizados, sendo que as maiores taxas são observadas entre os idosos. Nosso estudo reforça a importância da elaboração de estratégias no combate à desnutrição hospitalar, dada a sua gravidade e implicações para os sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bistrian BR, Blackburn GL, Hallowell E, Heddle R. Protein status of general surgical patients. *JAMA* 1974;230:858-60.
2. Bistrian BR, Blackburn GL, Vitale J, Cochran D, Naylor J. Prevalence of malnutrition in general medical patients. *JAMA* 1976;235:1567-70.
3. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition* 2001;17:573-80.
4. Correia MI, Campos AC. Prevalence of Hospital Malnutrition in Latin America: the Multicenter ELAN Study. *Nutrition* 2003;19:823-25.
5. Naber THJ, Schener T, de Bree A, et al. Prevalence of malnutrition in non surgical hospitalized patients and its association with disease complications. *Am J Clin Nutr* 1997;66:1232-39.
6. Kyle UG, Genton L, Pichard C. Hospital length of stay and nutritional status. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2005;8:397-402.
7. Chima CS, Barco K, Dewitt ML et al. Relationship of nutritional status to length of stay, hospital costs, and discharge status of patients hospitalized in the medicine service. *J Am Diet Assoc* 1997;97:975-78.
8. Fernández CC, González IG, Juárez FMA et al. Detección de malnutrición al ingreso en el hospital. *Nutr Hosp* 2003;18:95-100.
9. Pérez JIU, Giménez AGM, Pérez PG et al. Nuevo procedimiento para la detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. *Nutr Hosp* 2002;17:179-88.
10. Kyle UG, Unger P, Mensi N, Genton L, Pichard C. Nutrition status in patients younger and older than 60 y at hospital admission: a controlled population study in 995 subjects. *Nutrition* 2002;18:463-69.
11. Koretz B, Reuben D. Undernutrition in the Elderly. Available in: http://www.ucop.edu/agrp/docs/la_nutrition.pdf. [assessed 29.11.2009].
12. Gariballa S, Foster S. Associations Between underlying disease and nutritional status following acute illness in older people. *Clinical Nutrition* 2007; 26:466-73.
13. Blanco VL, Rausell LG, Vidal JV et al. Nutritional assessment at the time of hospital-admission: study initiation among different methodologies. *Nutr Hosp* 2006; 21:163-72.
14. Barbosa-Silva MCG, Barros AJD. Subjective global assessment. Part 1 - A review of its validity after two decades of use. *Arq Gastroenterol* 2002;39:181-87.
15. Coppini LZ, Waitzberg DL, Ferrini MT, et al. Comparação da avaliação nutricional subjetiva global x avaliação nutricional objetiva. *Rev Ass Med Brasil* 1995; 41: 6-10.
16. Ministério da Saúde. Sistemas Ambulatoriais e Hospitalares do SUS. Available in: <http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php>. [assessed 01.12.2009].
17. World Health Organization - WHO. Overweight and obesity. Available from: <http://www.who.int/publications/cra/chapters/volume1/0497-0596.pdf>. [accessed 07.12.08].
18. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care* 1994;21:55-67.
19. Ministério de Saúde. Estatuto do Idoso. 1. ed., 2.ª reimpr. Brasília, DF, 2003.
20. Baker JP, Detsky AS, Wesson DE et al. Nutritional assessment: a comparison of clinical judgment and objective measurements. *N Engl J Med* 1982;306:967-72.
21. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN* 1987;11:8-13.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD 2004. Available in: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=487&id_pagina=1. [assessed 30.11.2009]

23. Otero UB, Rozenfeld S, Gadelha AMJ, Carvalho MS. Malnutrition mortality in the elderly, southeast Brazil, 1980-1997. *Rev Saúde Pública* 2002;36:141-48.
24. Kagansky N, Berner Y, Koren-Morag N et al. Poor nutritional habits are predictors of poor outcome in very old hospitalized patients. *Am J Clin Nutr* 2005;82:784-91.
25. Pirlich M, Schütz T, Kemps M et al. Social risk factors for hospital malnutrition. *Nutrition* 2005;21:295-300.
26. McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ* 1994;308:945-48.
27. Thomas DR. Distinguishing starvation from cachexia. *Clin Geriatr Med* 2002;18:883-91.
28. Chapman IM. The anorexia of aging. *Clin Geriatr Med* 2007;23:735-56.
29. Lee JS, Frongillo Jr. EA. Nutritional and health consequences are associated with food insecurity among U.S. elderly persons. *J Nutr* 2001; 131:1503-09.
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Brasília, DF, 2008.
31. Penié JB. State of malnutrition in Cuban hospitals. *Nutrition* 2005;21:487-97.
32. Marín-León L, Segal-Corrêa AM, Panigassi G et al. Food insecurity perception in families with elderly in Campinas, São Paulo, Brazil. *Cad. Saude Publica* 2005;21:1433-40.
33. Garn TM, Leonard WR, Hawthorne VM. Three limitations of the body mass index. *Am J Clin Nutr* 1986;44:996-97.
34. Makhija S, Baker J. The Subjective Global Assessment: a review of its use in clinical practice. *Nutr Clin Pract* 2008;23:405-09.

Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil.

Endereço para correspondência:

Aline Marcadenti, Msc /Av. Francisco Trein, 596 - Porto Alegre – RS – Brasil
CEP 91350 - 200 - Fone: (51) 3357 2276 - e-mail: marcadenti@yahoo.com.br

A ENFERMAGEM NO ALÍVIO DA DOR DO PARTO

Nursing On Delivery Pain Relief

*Cíntia Caringi Difini – Enfermeira **Neiva de Iolanda Berni

RESUMO

O estudo é descritivo, de caráter qualitativo, e tem como objetivo conhecer a conduta adotada pela equipe de enfermagem frente à dor manifestada pela parturiente. Os sujeitos são enfermeiras e técnicos de enfermagem que atuam na assistência à mulher no trabalho de parto e parto em um hospital de Porto Alegre. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada. Da análise de conteúdo emergiram cinco categorias temáticas: condutas de enfermagem e métodos não-farmacológicos para alívio da dor; efeitos dos métodos não-farmacológicos nas parturientes; percepção dos sujeitos sobre o uso desses métodos; aceitação da parturiente; dificuldades encontradas para a utilização das técnicas. Os aspectos éticos foram respeitados. Esses métodos são considerados bem aceitos pelas mulheres e contribuem positivamente para o alívio da dor.

Descritores: dor do trabalho de parto – parto humanizado – assistência à saúde da mulher e da criança.

ABSTRACT

It is a descriptive study of qualitative approach with the objective of learning the conduct adopted by the nursing team before the pain expressed by the woman in labor. The subjects are nurses and nursing technicians that act by assisting women in labor and deliveries in a hospital from Porto Alegre. The data collection was performed through semi-structured interview. From the content analysis, five thematic categories emerged: conducts of nursing and non-pharmacological methods for pain relief; effects of non-pharmacological methods within women in labor; perception of the subjects regarding the use of such methods; acceptance by the woman in labor; difficulties met upon the utilization of the techniques. Ethical aspects were respected. These methods are considered as well accepted by women and contribute positively to the relief of pain.

Key words: pain of labor - humanized childbirth - health care of woman and child

INTRODUÇÃO

O trabalho de parto causa desconforto, podendo causar dor intensa na mulher. Além de representar uma experiência desagradável, a dor do parto pode desencadear respostas danosas ao binômio materno-fetal, produzindo ansiedade na mulher e prejudicando a evolução do trabalho de parto.

A experiência do parto pode ser acompanhada de medo crescente, o qual advém, muitas vezes, pelas histórias sobre “a dor do parto” ouvidas pela mulher em seu meio social. Esse medo pode dominar a experiência da parturição, porém, a dor está vinculada à própria descoberta da significação da maternidade, conduzindo a parturiente a reconhecer a força do laço maternal⁽¹⁾.

Existem métodos farmacológicos e não-farmacológicos que podem ser utilizados com o objetivo de aliviar a dor no trabalho de parto e parto. Neste estudo, abordam-se os métodos não-farmacológicos, constituídos por uma variedade de estratégias não-invasivas, que incluem desde o ambiente acolhedor até técnicas de relaxamento, posição da mulher, massagens, presença do acompanhante de escolha, entre outras. As técnicas podem ser utilizadas pela equipe de enfermagem e, muitas delas, pelo acompanhante orientado pelos profissionais de saúde que assistem à mulher.

OBJETIVO

O estudo objetiva conhecer a conduta adotada pela equipe de enfermagem frente à dor manifestada pela parturiente.

METODOLOGIA

O estudo é descritivo, de caráter qualitativo, realizado no Centro Obstétrico de um hospital de Porto Alegre. Os sujeitos da pesquisa são técnicas de enfermagem e enfermeiras que atuam na assistência à parturiente. Participaram da pesquisa duas enfermeiras e duas técnicas de enfermagem de cada turno de trabalho, totalizando doze sujeitos. A seleção dos sujeitos seguiu o critério da intencionalidade, considerando-os adequados a responderem as questões de pesquisa. Fizeram parte da pesquisa todas as enfermeiras que trabalham no campo. A escolha dos técnicos de enfermagem foi realizada mediante indicação das enfermeiras. Esse critério de seleção é chamado de “bola de neve” em que se pede “aos primeiros informantes que indiquem outros participantes para o estudo”⁽²⁾. A coleta de dados foi realizada por uma das autoras, através de entrevista semi-estruturada. O processo de análise teve por base a análise de conteúdo⁽³⁾.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do hospital. Após a aprovação, os sujeitos convidados a participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e lhes foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, os quais serão utilizados apenas para fins científicos. Propiciou-se, também, aos sujeitos, desistirem da pesquisa, sem que isso lhes trouxesse consequências negativas.

*Enfermeira Obstetra. Mestra em Enfermagem Obstétrica.

**Professora de Enfermagem na UNISINOS.

ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A leitura dos discursos possibilitou compreender a essência do conteúdo manifesto pelos sujeitos. Emergiram cinco categorias: condutas de enfermagem e métodos não-farmacológicos para alívio da dor; efeito dos métodos não-farmacológicos nas parturientes; percepção dos sujeitos sobre o uso desses métodos; aceitação do método pela parturiente; dificuldades encontradas para utilização das técnicas.

Condutas da enfermagem e métodos não-farmacológicos para o alívio da dor.

A equipe profissional pode adotar condutas para tornar o trabalho de parto mais humanizado, diminuindo tensão e dor ⁽⁴⁾. Em relação aos métodos não-farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, os sujeitos da pesquisa relatam o uso de banho relaxante, respiração, massagem, deambulação, posição, apoio, participação do familiar e conversas encorajadoras com a parturiente. Algumas entrevistadas relatam que apoio, conversa e orientação oferecidos pelos profissionais de saúde são importantes para entender melhor a dor e os fatos ocorridos no parto.

[...] procuramos dar o apoio psicológico, acalmar a mãe [...]. Mostrar que o organismo já foi feito para isso. Que é um momento importante, se ela ficar calma o bebê também estará [...]. (sujeito 3)

O fato de elas entenderem o processo do parto, porquê está sentindo dor, faz com que elas aceitem a dor de outra forma. Não acham que aquilo ali é um sofrimento infinito. Se elas entendem o que está acontecendo e porque está doendo, elas encaram de uma forma melhor. (sujeito 7)

O apoio do profissional aumenta a capacidade de enfrentamento da mulher, encorajando-a a prosseguir, confiante no resultado. Cabe ao profissional permanecer ao lado da mulher e dirigir-lhe palavras de ânimo e encorajamento ⁽⁵⁾. As condutas adotadas pelos profissionais auxiliam a mulher no trabalho de parto, como se pode observar na fala de uma entrevistada sobre a importância da respiração para a parturiente, além de um ambiente acolhedor.

Começamos a conversar, fazer exercício de respiração, tentar relaxar, fazendo massagens, às vezes a gente procura deixar o familiar junto [...] deixá-la o mais tranqüila possível dentro do ambiente que tem outras mães mais desesperadas. Procurar deixar um ambiente calmo. (sujeito 3)

A respiração, quando realizada de maneira firme e cuidadosa, proporciona calma e tranqüilidade à pessoa. A concentração no ritmo respiratório auxilia a mulher a centrar sua atenção em algo, proporciona opções de auto-ajuda e faz com que ela não passe de modo passivo pelo processo de parto; ao contrário, ela adquire papel ativo durante o processo ⁽⁶⁾.

Outra conduta adotada pelos sujeitos são as massagens. [...] tenho feito um pouco de massagens na região lombar enquanto ela tem a contração [...]. (sujeito 6)

A gente conversa, faz massagens, a paciente levanta, dá uma caminhadinha. (sujeito 9)

Utilizo massagem, deambulação, posição sentada de pernas abertas com apoio, participação da família. (sujeito 11)

A massagem, especialmente na região lombossacra, é bastante útil quando as dores se intensificam. A parturiente pode deitar em decúbito lateral e o parceiro ou profissional da saúde, com mão firme, deve pressionar essa região, fazendo com que os tecidos se movam sobre os ossos ⁽⁷⁾.

Outras entrevistadas relatam a importância da posição adotada pela parturiente para que se sinta mais confortável. Caminhar é uma conduta que consideram importante.

Ajudá-la encontrar uma posição mais adequada, deixá-la deitar de lado com as pernas flexionadas [...] quando não estão com muita dilatação, podem caminhar. Posições mais verticais aliviam a dor. (sujeito 5)

Oriento para mudarem de posição, porque às vezes ficam muito quietinhas, acham que não podem se movimentar muito. Depende do estágio do trabalho de parto, se é mais no início, estímulo a caminhada. (sujeito 8)

Ao se manter deitada, a mulher deve permanecer em decúbito lateral esquerdo, pois as alterações da frequência cardíaca fetal são menos frequentes. Em decúbito dorsal, o débito cardíaco e o volume sistólico se reduzem devido à compressão da veia cava inferior pelo útero grávido ⁽⁸⁾.

Caminhar tem a vantagem da ação da gravidade para encorajar a descida do bebê e permite que as articulações pélvicas se movimentem, o que também facilita a rotação do bebê. Alinhar o bebê com a pelve é mais favorável se a mulher estiver na posição ereta ⁽⁹⁾. A posição sentada, no entender de um dos sujeitos, ajuda a aliviar a dor.

Colocamos elas sentadas na cama com as pernas abertas e o perineo encostando na cama, com o corpo para frente, quase na posição usual do período expulsivo. (sujeito 6)

Uma conduta adotada pela equipe de enfermagem, mencionada por dois sujeitos, é a movimentação dos quadris.

A gente trabalha também com elas a movimentação do quadril. Sempre procurando observar o que é mais adequado para essa gestante. (sujeito 6)

Ensinaamos a respiração, mexer o quadril de um lado para o outro. (sujeito 9)

A liberdade de movimentação é essencial para a parturiente. Andar, embalar-se, mexer os quadris em movimento de rotação, sentar-se, deitar-se, levantar-se quando quiser são direitos fundamentais da mulher em trabalho de parto ⁽⁹⁾. Balançar o quadril ajuda a posição do bebê, encorajando a rotação ⁽¹⁰⁾.

A presença do acompanhante de escolha da mulher é considerada relevante pelas participantes do estudo. Durante o trabalho de parto e parto, ele transmite à parturiente a segurança familiar necessária para tranqüilizá-la, proporciona-lhe bem-estar físico, psicológico e favorece o vínculo familiar. A parturiente sente-se mais segura e confiante ⁽¹¹⁾.

A presença do pai [da criança] é importante, pena que nem todos tenham coragem de ficar. É muito bom o acompanhante estar sempre junto. (sujeito 3)

Deixar o familiar entrar, ficar junto é importante. (sujeito 4)

Entre os métodos não-farmacológicos que proporcionam relaxamento está o banho, além de favorecer a circulação, diminuir o desconforto, regular as contrações e diminuir o tempo do trabalho de parto ⁽⁵⁾.

A gente leva ela para o banho, deixa em pé, caminhando mais tempo. (sujeito 6)

A gente oferece banho relaxante para a paciente, posicionando-a de maneira que a água caia nas costas. Procura-se sentar a paciente para aliviar um pouco a dor. A respiração também ajuda bastante. (sujeito 1)

Acho que é muito importante o banho, porque a água morna relaxa. (sujeito 8)

As entrevistadas também relatam o uso de equipamentos que facilitam a aplicação de alguns métodos.

O que usamos é a bolinha, a massagem com o carrinho, ficar de pé perto da cama e movimentar o quadril. (sujeito 4)

Tem o carrinho de madeira que faz a massagem nas costas. Tem umas “bolinhas” duras que dizemos para elas apertarem quando tiverem muita dor, colocar toda a força na bolinha que vai agüentar mais ainda a dor. (sujeito 2)

A utilização desses equipamentos no momento da dor distrai a mulher, desviam-lhe a atenção diminuindo-lhe a ansiedade. Além disso, as bolinhas são utilizadas para fazer massagens. Uma das participantes avalia que os métodos seriam mais eficazes se as parturientes recebessem orientações no pré-natal.

Concordo com uso de técnicas não-farmacológicas, mas acho que a parturiente tem que receber orientação no pré-natal, durante a gravidez já ir fazendo exercícios, ginástica... Quando elas chegam sem muita dor, a gente consegue fazer, mas se chegam com muita dor é bem difícil. Toda a equipe deve trabalhar junto, tanto enfermagem quanto médicos [...] (sujeito 4)

Os métodos não-farmacológicos devem ser ensinados à gestante ou ao casal, durante o pré-natal, para manejar a dor do trabalho de parto. Porém, independente do aprendizado pode ser oferecido e ensinado pela enfermeira no transcurso do trabalho de parto ⁽¹²⁾.

Efeito dos métodos não-farmacológicos nas parturientes

Quanto aos efeitos dos métodos não-farmacológicos nas parturientes, os sujeitos da pesquisa destacam o relaxamento como o principal benefício nas parturientes.

Causa bastante relaxamento e facilita na hora do trabalho de parto. (sujeito 7)

Elas relaxam. Realmente parece que ganha mais rápido, parece que o nenê desce, encaixa melhor. (sujeito 9)

O relaxamento distrai a paciente com dor, aumenta sua sensação de controle da dor e facilita o sono e repouso ⁽¹³⁾. Como já se referiu anteriormente, o banho é importante, pois a água age no portal da dor, diminui a sensação dolorosa e provoca um relaxamento gradual na gestante ⁽¹⁴⁾.

Uma das entrevistadas acredita que transmitir confiança, explicar sobre a dor, faz a parturiente sentir-se mais segura, facilitando o parto.

Se passarmos confiança para ela, na hora do parto a diferença é muito grande. Se ela sabe que vai sentir dor, como é essa dor, o que pode fazer para aliviar, ficar o mais confortável possível para ajudar no trabalho de parto, se sente mais segura, não se sente abandonada, a dor diminui. (sujeito 12)

À medida que o trabalho de parto progride, deve-se manter a gestante informada, ensinar e reforçar as estratégias de enfrentamento e assegurar-lhe que o trabalho de parto está evoluindo normalmente. Oferecendo confiança e atenção, o profissional ajuda a atenuar a ansiedade da paciente ⁽¹³⁾. Também os efeitos benéficos do toque são apontados pelos sujeitos. Consideram que através da aproximação, as parturientes relaxam e nem precisam de anestesia.

Tem que ter o toque para a mulher se sentir bem. A pressão pode estar alta, mas com o toque a pressão diminui. Se nos aproximarmos delas, não vão precisar tanto do anestésico, pois elas já relaxam. Tem umas que nem levam anestesia, que o parto é tranquilo [...]. (sujeito 3)

Um tocar consciente, atento e presente deve corresponder de modo sutil às necessidades da gestante, propiciando-lhe uma forma de acolhimento e uma relação de proximidade ⁽¹⁵⁾.

Um dos sujeitos observa respostas diferentes entre multiparas e primíparas aos métodos utilizados. Considera que as multiparas, por terem tido experiências negativas em outros partos, sentem-se mais apreensivas, mas quando acolhidas e tranquilizadas, sentem-se melhor.

Desse modo, o retorno positivo é muito bom e o efeito psicológico é muito importante.

As mais novinhas se tranquilizam com as explicações. As multiparas que não tiveram experiência muito boa nas gestações anteriores, se sentem melhor quando as acolhemos. Percebe-se que elas ficam mais tranquilas. O efeito psicológico é muito importante, o retorno é muito bom também. Elas dizem: foi melhor do que pensei. (sujeito 10)

Outra participante fala que somente a conversa já diminui a

ansiedade.

Às vezes só de conversar com a paciente, já diminui a ansiedade e a dor. (sujeito 7)

É necessário reduzir a ansiedade da mulher durante o trabalho de parto, a fim de aliviar a tensão e o medo que podem interferir no processo natural do parto. A parturiente ansiosa tende a perceber a dor com maior intensidade ou fica menos tolerante a ela ⁽¹⁶⁾.

Percepção dos sujeitos sobre o uso desses métodos

Os profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa acreditam nos benefícios dos métodos não-farmacológicos de alívio da dor do parto, apontando a importância do apoio à paciente e do contato físico.

Uma das entrevistadas considera importante tocar na paciente, através de massagem, aproximação e apoio. Cada paciente deve ser vista de modo diferente, pois, diz a entrevistada, cada uma delas tem suas características, sua cultura e sua individualidade.

Acho que esses métodos são muito positivos como subsídio para que se toque na paciente, se aproxime dela. Quando você está fazendo a massagem, pode não tirar a dor, mas vai te aproximar da paciente. Acho bárbaro esse método, mas tem que ser bem individualizado. Cada paciente tem a sua característica e a indicação do método deve ser adequada a individualidade da paciente, mas acima de tudo é o encostar nela. Acho importante elas se sentirem apoiadas. (sujeito 6)

A enfermeira, em sua função, está em posição única para demonstrar compreensão e interesse por meio do toque. Não se pode duvidar que o contato físico traz conforto, segurança e tranquilidade, promovendo o bem-estar ⁽¹⁵⁾.

É importante informar à parturiente que os medicamentos não são a única alternativa para o alívio da dor, que existem outras técnicas podem ajudá-la nesse momento. O agradecimento da mulher, após um trabalho bem realizado, é muito gratificante, conforme revela o depoimento a seguir:

Temos que colocar na cabeça delas que não é só o remédio que alivia a dor. Esses métodos não-farmacológicos são muito bons, quando conseguimos fazer um trabalho bom com uma paciente, é muito legal. Elas saem da sala de parto dizendo obrigado por tudo (sujeito 2).

A Organização Mundial de Saúde preconiza que um dos papéis do profissional de saúde é ajudar as mulheres a suportar a dor durante o trabalho de parto. Considera importante promover esse alívio, mediante métodos não-farmacológicos, que têm como característica a atenção dedicada à mulher e ao seu parto, um dos motivos pelos quais são tão eficazes ⁽¹⁴⁾.

Uma das entrevistadas relata que esses métodos são melhores do que qualquer medicação, pois permitem maior participação da mulher na hora do parto. Se ela consegue participar mais, sente-se melhor, mais mulher, controlando melhor a dor, tendo um parto mais natural. Sou a favor desses métodos. Acho que quando bem trabalhado é muito melhor do que qualquer medicação, os riscos são menores. A ocitocina deixa elas com mais dor, mais fora de si, aí não conseguem participar do parto. Acho que se existe um controle melhor da dor, uma coisa mais natural, a gente se sente mais mulher. Na verdade se ela conseguir participar, é melhor. Se ela tem um ambiente mais tranquilo, com menos medicação, com mais gente apoiando, ela conseguindo superar aqueles momentos do trabalho de parto com ela mesma, com o corpo dela, ela participando, no momento do parto é tudo melhor. (sujeito 11)

É importante promover a participação da mulher no trabalho de parto, comunicar-lhe os procedimentos utilizados, estabelecendo uma comunicação efetiva entre equipe e parturiente ⁽¹⁷⁾.

Outra entrevistada fala sobre a vulnerabilidade da parturiente e de sua fragilidade.

Elas estão muito vulneráveis, muito fragilizadas, por isso é importante apoiá-las [...] (sujeito 12)

O parto é um momento de fragilidade e dependência naturais das mulheres. É necessário ampará-las nesse momento. Com apoio e dedicação, elas se sentem mais fortes e prontas para superar a dor. Aceitação da parturiente

A aceitação da parturiente é indispensável para que se execute o cuidado. Quanto maior a aceitação da técnica, maior será seu benefício. As participantes do estudo falam sobre a aceitação dos métodos não-farmacológicos pelas mulheres.

Elas aceitam, gostam porque ficamos ali do lado, apoiando... nessa hora é preciso. (sujeito 9)

A gente percebe que se estamos dando apoio, se estamos ali, de maneira clara, transparente, ajuda. Elas colaboram, começam a aceitar. (sujeito 11)

No ato de cuidar deve ocorrer uma relação interpessoal que englobe comportamentos e sentimentos - assistir, ajudar, estar a serviço de, desenvolvendo ações de enfermagem e mostrando capacidade de empatia em relação às experiências da parturiente ⁽¹⁶⁾. A atitude profissional de “estar ao lado” ameniza sentimentos de solidão que um ambiente estranho pode causar nas parturientes ⁽¹⁰⁾.

Uma das participantes revela que as mulheres gostam, sentem-se bem com massagens e banho.

Elas dizem que alivia bastante a dor, gostam... Quando começo a massagem, elas dizem “ai que maravilha”. Depois ofereço o banho. Elas não fazem resistência nenhuma. Às vezes querem tirá-las do banho e elas dizem: “está tão bom aqui.” (sujeito 1)

Outra entrevistada comenta que a aceitação das parturientes é maior quando orientadas no pré-natal sobre as técnicas.

A aceitação é muito boa. Principalmente as que fazem o pré-natal aqui (na instituição), têm receio de muitas medicações, de analgesia, vem orientadas do pré-natal, vem querendo essas técnicas. Claro, tem aquelas que já chegam querendo remédio, analgesia e cesária. (sujeito 7)

O pré-natal é o período adequado para o preparo para o parto, nascimento e maternidade. Preparar a gestante para o trabalho de parto e parto é um dos objetivos da assistência pré-natal. Embora a maioria das mulheres aceite bem os métodos não-farmacológicos, observa-se que algumas resistem a essa conduta, preferindo a analgesia. Tem umas que não aceitam. Às vezes elas chegam com tanta dor e não querem saber dessas técnicas. Tem umas que na admissão já estão pedindo a analgesia. Têm outras que aceitam bem, percebem que alivia a dor, mas têm outras que não aceitam e não adianta, enquanto não medica não se acalmam. Vai depender muito do preparo da paciente. Pacientes com grau de instrução baixos é mais complicado, é difícil delas entenderem (sujeito 4).

A enfermeira deve proporcionar informações referentes ao impacto das medicações sobre o trabalho de parto, feto, e explicar como podem interferir na participação ativa da paciente no trabalho de parto (13). Para os sujeitos da pesquisa, a aceitação varia de pessoa para pessoa, de cultura para cultura.

Tem umas que nem adianta tentar esses métodos, tem que dar o remédio mesmo e fazer aquilo que elas querem pois se sentem melhor assim. Outras quando bem orientadas, funciona bem, elas conseguem ir para a sala de parto sem ter recebido medicação, mesmo usando a ocitocina que aumenta a sensação dolorosa. Com as técnicas elas não precisam de medicação. (sujeito 7)

A aceitação varia muito, depende da cultura. Tem umas que não têm tanta dor, mas têm outras que sentem, por mais que faça massagens não alivia, é relativo. Depende de cada uma. (sujeito 5)

É necessário aceitar o que as parturientes dizem e respeitar o que querem. Quando se transmite confiança, a aceitação da conduta da

enfermeira é maior. Mas o que elas mais querem é atenção, conforme os seguintes depoimentos:

Tem umas que dizem “eu não quero que me toquem” e respeitamos isso. No começo elas não acreditam que sentar de cócoras em cima da cama vai melhorar. Quando sentem confiança, e tu dizes que já experimentou em alguém e funcionou, então aceitam. (sujeito 12)

Umas dizem que quando a gente mexe parece que piora. Outras dizem que ajuda. Elas querem atenção. Algumas pegam as bolinhas e ficam com ela na mão. Outras querem massagear e elas dizem que dói mais, não querem muito contato. Elas querem que fiquemos do lado delas. Aquelas famílias bem menos estruturadas, que não teve pré-natal, aceitam menos. Tem umas que se tornam agressivas, gritam, extrapolam... (sujeito 2)

A dor expressa por gritos não é bem aceita pelas instituições, colocando as mulheres contemporâneas na obrigação de dominar a dor. Viver e expressar a dor pode parecer, à equipe profissional que assiste ao parto, um tipo de exibicionismo ⁽¹⁹⁾.

Dificuldades enfrentadas para a utilização das técnicas

A equipe de enfermagem, ao adotar o uso desses métodos, enfrentou dificuldades relacionadas à própria equipe, às parturientes, à área física e ao grande número de pacientes atendidas no serviço, além de obstáculos impostos por condutas adotadas por outros profissionais que integram a equipe de assistência.

Trabalhamos os funcionários para aplicar essas técnicas. Tivemos bastante resistência, eles não entendiam essa questão... Na verdade é uma mudança de paradigma, porque quando adotamos essa conduta, tens que ficar mais próximo do paciente e nós não tínhamos esse olhar. A paciente ficava em cima da cama recebendo ocitocina, ia para a analgesia e fazia medicação para dor. Então observávamos o funcionário sempre procurando o buscopan, a dipirona... Agora é diferente, ficamos juntos, oportunizado a essa paciente que se torne a protagonista. (sujeito 6)

Uma das entrevistadas fala sobre sua resistência no início da aplicação dessas técnicas, até perceber que tudo o que fazia, sem medicação, ajudava bastante.

No início eu fui bem resistente à aplicação dessas técnicas. Eu achava que não adiantava fazer massagens, a paciente caminhar e tomar banho, não ia resolver. (sujeito 9)

Uma das participantes acredita que a não-aceitação dos métodos não-medicamentosos por algumas mulheres seja o seu desconhecimento dessas práticas. Acredita que a responsabilidade dos governantes e dos profissionais de saúde é divulgar essas informações.

Não existem informações sobre outras coisas para aliviar a dor. Principalmente com uma classe culturalmente inferior, então fica bem mais difícil. Elas não têm acesso, acho que ninguém passa isso para elas. Acho que é uma coisa em nível de governo e a nosso nível de saúde, nós temos que trabalhar isso na mídia. (sujeito 11)

As mulheres são condicionadas negativamente em relação ao parto, desde a infância. A comunidade a qual pertencem e os meios de comunicação exercem um importante papel em relação a isso ⁽⁶⁾.

De acordo com a entrevistada, a parturiente deve ver o parto de um modo diferente, de modo mais natural, sem muitos medicamentos. A dor do parto deve ser trabalhada pela gestante desde o pré-natal para ela chegar na hora com uma expectativa melhor, sem tanto sofrimento.

A cultura a respeito do parto na população brasileira é muito ligada ao medicamento. Temos que trabalhar muito mesmo, entre as mulheres, para enxergarem o parto diferente, um parto mais natural, as mulheres não querem sentir nada de dor. A dor do parto é negada durante a gestação, ela não é trabalhada pela gestante, pela família, é trabalhada a chegada do nenê, agora essas horas antes da chegada do

nenê não são trabalhadas, nem no pré-natal, nem com as mães dentro da família. A mulher nem imagina o que vai ser aquele trabalho de parto, como vai ser, a expectativa é bem diferente. As mulheres não têm noção de que o parto é uma coisa natural. (sujeito 11)

Uma das participantes relatou dificuldades relacionadas à área física, pois o espaço é pequeno e todas as parturientes ficam no mesmo ambiente. Não se sente confortável para a aplicação desses métodos.

A dificuldade dessas técnicas é a área física pequena. (sujeito 7)

A área física é vista como uma barreira pelos profissionais da saúde, pois não garante a privacidade das parturientes, impede que o acompanhante permaneça mais tempo junto, o que traria maior tranquilidade à mulher, facilitando o trabalho da equipe que presta assistência.

Outra entrevistada se refere à demanda de pacientes como uma das dificuldades.

Tem muita demanda, não pode se dedicar exclusivamente aquilo ali, você tem outras coisas para fazer. (sujeito 8)

Um dos sujeitos relata que uma das dificuldades é o uso freqüente da ocitocina no trabalho de parto, o que aumenta a intensidade das contrações e induz as mulheres a não aceitarem o uso das técnicas.

Um grande obstáculo ao uso desses métodos é a ocitocina. Muitas vezes a parturiente se descontrola. A paciente que tem a contratibilidade mais natural suporta melhor o trabalho de parto. A ocitocina desequilibra, é muito forte a contração... você tenta colocar num banquinho, a dor fica insuportável, daí volta para a cama. (sujeito 6)

A infusão endovenosa de ocitocina tem sido o método mais utilizado para indução e condução do trabalho de parto, mas não impede a utilização de métodos não-farmacológicos de alívio da dor, embora possa interferir em seu resultado por aumentar a sensação dolorosa⁽²⁰⁾.

CONCLUSÕES

O estudo permitiu conhecer a conduta adotada pela equipe de enfermagem frente a dor da parturiente durante o parto. Essas profissionais buscam o alívio da dor mediante utilização de métodos não-farmacológicos, e consideram que esses métodos são bem aceitos pelas mulheres e contribuem positivamente para o alívio da dor.

As entrevistadas empenham-se em adotar condutas alinhadas com o paradigma da humanização da assistência. Consideram o apoio, a conversa e as orientações oferecidas pelos profissionais importantes para minimizar a dor. As massagens, banho, deambulação, exercícios de mobilização dos quadris, respiração orientada, liberdade de posição e de movimento e presença de acompanhante são métodos que produzem efeitos benéficos à parturiente, aliviam a dor e promovem relaxamento, o que contribui com a evolução do trabalho de parto.

As participantes entendem que a aceitação da parturiente é indispensável para a execução do cuidado. Relatam que as mulheres, em geral, são receptivas a essas práticas, mas destacam que o cuidado deve ser individualizado, respeitando-se os valores culturais de cada uma.

As dificuldades encontradas para a utilização desses métodos relacionam-se à organização, treinamento e aceitação da própria equipe de enfermagem; ao desconhecimento dessas práticas pelas mulheres; à área física do setor que não favorece a privacidade; ao grande número de mulheres atendidas, o que impossibilita dedicar, a cada mulher, o tempo necessário para um atendimento adequado. Finalmente, apontam o uso freqüente da ocitocina durante o trabalho de parto, que aumenta a intensidade das contrações e da dor, uma conduta que dificulta a utilização dos métodos não-farmacológicos.

REFERÊNCIAS

- 1 Mc Callum, C.; Reis, AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2005; 22(7):1483-91.
- 2 Polit, DF.; Beck, CT.; Hungler, BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- 3 Gomes, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. IN: Minayo MC, organizadora et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 20ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2002, p. 67-79.
- 4 Fonseca, PD. A parturiente e a dor: uma reflexão sobre os cuidados de enfermagem. [Monografia]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2000.
- 5 Basile, ALO.; Pinheiro, MSB.; Miyashita, NT. Centro de parto normal: implantação e treinamento. São Paulo: Bartira Gráfica; 2004.
- 6 Reberte, LM.; Hoga, LAK.. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. [Monografia]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
- 7 Carvalho, GM. *Enfermagem em obstetrícia*. São Paulo: E.P.U; 2002.
- 8 Neme, B. *Obstetrícia básica*. São Paulo: Sarvier; 1995.
- 9 Ando – Associação Nacional de Doulas. *Novos Conceitos na assistência ao parto – Treinamento de doulas para apoio no trabalho de parto*. Ando; [s.d].
- 10 Largura, M. Parto humanizado. Disponível em < <http://www.parto-humanizado.com.br/cap10a.html> > Acessado em: 24 ago 2007.
- 11 Louro, JP. A produção do conhecimento sobre o suporte oferecido à mulher durante o processo da parturição: período de 1991 a 2001. 2002. [Monografia]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
- 12 Weissheimer, AM. O manejo da dor em obstetrícia. IN: Oliveira DL, organizador. *Enfermagem na gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Editora UFRGS; 2005. p. 341–356.
- 13 Brander, RS. *Enfermagem Materno Infantil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso; 2000.
- 14 Nunes, CR. Métodos não farmacológicos de alívio à dor durante o trabalho de parto e o cuidado de enfermagem. [Monografia]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
- 15 Pinto, CMS; Rocha, EA; Silva, MJP. O toque como elemento de comunicação parturiente/enfermeiro obstetra durante a assistência no pré-parto. *Nursing – Rev Técnica de Enf*, São Paulo, 2002; abr; (47): 31-34.
- 16 Gurgel, AH et al. Fenômeno da dor no trabalho de parto: depoimento de parturientes. *Revista Baiana de Enfermagem*. Salvador, 1997; abr/out; 10 (1/2): 95-105.
- 17 Caron, OAF. Comunicação pode ser usada como instrumento para o aumento de partos normais. Disponível em < <http://www.usp.br/agen/rede330.htm#Série%20de%20palestras%20na%20EEFE%20sobre%20natação> > Acessado em: 7 set 2007.
- 18 Espírito Santo, LC.; Moretto, UL. Pré-natal. IN: Oliveira DL, organizador. *Enfermagem na gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Editora UFRGS; 2005. p. 109-137.
- 19 Szejer, M.; Stewart, R. Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
- 20 Brasil, Ministério da Saúde. *Parto, Aborto e Puerpério – assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

QUANDO O ADOECIMENTO DE UMA CRIANÇA SURGE COMO UNIFICADOR DA RELAÇÃO PARENTAL. - ESTUDO DE CASO

When a child's disease comes up as a unifier of the parents' relation

Caroline Brum de Oliveira* Cristiane Rech Rosa* Tatiana Bonatto* Nair Macena de Oliveira**

RESUMO

Este trabalho objetiva refletir sobre um caso clínico atendido durante o estágio profissional de Psicologia no Hospital da Criança Conceição. Por sua vez, durante esse trabalho são feitas hipóteses acerca do surgimento da doença do paciente que apresenta conflitiva familiar, como também discussões a respeito do adoecer com a manifestação de um câncer e sobre a representação da doença para essa criança e seu posicionamento diante disso. Também, pretende-se a partir da análise deste artigo problematizar a atuação do psicólogo no âmbito hospitalar através da intervenção psicológica em um paciente com câncer. Os principais dispositivos utilizados na clínica com o paciente para viabilizar a simbolização foram a fala, o brinquedo e o desenho. A psicanálise será o referencial teórico articulador deste trabalho.

Descritores: Câncer, simbolização, lúdico, atuação do psicólogo, enfrentamento da doença, conflitiva familiar.

ABSTRACT

This paper aims to reflect about a clinical intervention performed during the Professional Period of training in psychology at Hospital da Criança Conceição. Hypotheses about the coming out of the patient's disease are set along this essay, as well as discussions about the manifestation of a cancer and the representation of the disease for this child and his or her position through it. It also intends to question the psychological work at the hospital context based on the psychological intervention of a patient suffering of cancer. The main means for the patient's symbolization used during the speech, the playing-hour sessions were drawings and toys. The psychoanalytical theory is the main theoretical reference of this article.

Key-words: cancer, symbolization, psychological practice, toy symbolism, family conflicts, the facing up of diseases.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho caracteriza-se por apresentar um caso clínico que foi acompanhado no Hospital da Criança Conceição. Também, referir considerações teóricas sobre o paciente a partir de reflexões a que se tem pensado e trabalhado no caso em questão. Ainda, propõem-se a pensar o fazer psicológico com crianças dentro de uma Instituição Hospitalar.

Dessa maneira, nesse trabalho tem-se por objetivo mostrar a prática clínica infantil, podendo-se construir uma maneira de concepção de sujeito singular, ilustrando a partir de um caso a amplitude do trabalho psicológico, que visa o bem estar psíquico das crianças e familiares.

SUJEITO DO ESTUDO

Na clínica infantil dentre os casos atendidos foi escolhido o relato de um paciente que chamar-se-á de Carlos. Carlos tem dez anos, mora na cidade do interior do estado, com sua mãe, pai e irmã de sete anos. O paciente consulta-se no Hospital da Criança Conceição por apresentar Leucemia Linfoblástica. Faz um ano e cinco meses que o paciente é acompanhado na unidade de Onco-Hematologia. Começou a ser atendido pelo Serviço de Psicologia pelo motivo de apresentar-se choroso e a mãe estar ansiosa.

Nas primeiras consultas tenta-se resgatar a história do paciente como também a da doença. Volnovich (1991) em sua obra Lições introdutórias à psicanálise de crianças¹ fala que a “história da doença” na teoria psicanalítica é importante não por aqueles fatos que possam explicar como causa de alguma produção sintomática, mas porque através da história dita, os pais da criança contam toda história da criança e inclusive sua própria história.

A mãe de Carlos relata que namorava o pai do menino e acabou ficando grávida, que o filho então não foi planejado, mas pela circunstância da gravidez e por sua família ser rígida em relação aos padrões morais ela acabou casando-se. Diante disso, ela relata que tentou se separar do marido, mas não conseguir por receio de ficar sem os filhos, e não ter como se sustentar sozinha. Pode-se pensar nesse “não se sustentar sozinha”, não somente no sentido material, como também no sentido de sujeito. Assim, faz-se a hipótese de que ela não se sustentando sozinha como sujeito, aponta uma indiferenciação do outro, o que faria problema à própria diferenciação de Carlos. Quanto a esse aspecto também, é importante observar-se que o pai não tem um lugar no desejo da mãe, dificultando assim a operação de corte pelo pai na relação mãe/filho.

A mãe de Carlos também fala que no início da gravidez não queria o filho, mas depois acabou aceitando, segundo ela não chegou a recorrer ao aborto. Também, disse que Carlos foi desenvolvendo-se bem, interagiu com as outras crianças, mas sempre foi bastante dependente. Em relação à ocasião do aparecimento da doença a mãe relata que ocorreu por esse período uma briga entre seu irmão e o marido, por Carlos recusar a obedecer o pai. Então, desde essa ocasião o irmão da mãe de Carlos e o pai do paciente não se falaram mais. A mãe de Carlos relata que em função disso e de suas brigas com o marido, ela acabou entrando em depressão. Por essa época Carlos estava na casa dos avós e descobriu-se o diagnóstico de Leucemia Linfoblástica, e por ocasião da doença a mãe do paciente saiu do processo depressivo.

* Acadêmica de Psicologia do 10º semestre (UNISINOS). Estagiária do Serviço de Psicologia Clínica do Hospital da Criança Conceição.

** Psicóloga clínica membro da equipe de Psicologia Clínica do Hospital da Criança Conceição – RS. Especialista em Psicologia Hospitalar e membro da escola de estudos psicanalíticos.

Para a autora Mannoni no livro *A Criança sua "Doença" e os Outros* (1999) ² "O sintoma torna-se uma linguagem cifrada, cujo segredo a criança conserva. Diante disso, a verdade da criança é muitas vezes escondida na doença ou no sofrimento". Assim, percebe-se que a doença de muitos pacientes surge após situações conflitantes, no caso do paciente em questão, haviam brigas recorrentes dos pais, a briga do tio com o pai (que foi por ele ter desobedecido à ordem do pai) e, o tio procedendo assim, destituiu o pai de sua função de autoridade perante o filho, a depressão da mãe em decorrência disso.

A autora Faria (1998) em seu livro *Introdução à psicanálise de crianças: o lugar dos pais* ³, fala que quando se trata de sintomas apresentados por uma criança, citando Lacan diz que temos aí implicados os pais desta criança. Esta implicação pode ser por o casal estar implicado aí em termos de sua verdade ou então ser a mãe implicada, e o sintoma da criança será o correlativo do fantasma materno. Nesse caso, pode-se pensar também que a doença de Carlos serviu para "unir" o casal que estava em processo de separação e a mãe sair do processo de depressão, denota representar a verdade do casal e a subjetividade da mãe. Assim como o casal se uniu em função da concepção de Carlos, Carlos adoece para que o casal se mantenha unido. Que lugar esse filho ocupa junto a esse casal? Não aparece o desejo dessa mulher, uma vez que refere ter se casado pela circunstância da gravidez e, também, inicialmente não desejou estar grávida. Dessa maneira, evidencia-se que a mãe de Carlos sai do processo depressivo, para voltar-se ao filho, mas quando esse adoece. E, no momento do adocimento do filho, forçou o pai, dizendo que o filho só contaria com ela. Com isso, é como se ela e o filho se completassem.

DISCUSSÃO

Atendimentos Clínicos Ambulatoriais:

Carlos inicialmente nos atendimentos psicológicos, quando questionado sobre o que pensava ser a origem da sua doença, disse que o médico lhe tinha falado que podia ser por agrotóxicos, pois seus avós têm plantação de fumo e ele poderia ter ficado exposto a esse ambiente nocivo. Quando questionado que isso era o que o médico pensava, mas o que ele achava sobre isso, e que também poderiam ter aspectos emocionais. O paciente demonstrou-se com dificuldade de falar sobre isso, bem como também expor seus sentimentos.

Diante disso, pode-se pensar que nos pacientes com câncer há falhas na organização do simbólico. O sujeito psicossomático não possui recursos para integrar um trauma psíquico a não ser através do corpo. Assim, há o silêncio simbólico e a falha na elaboração psíquica, onde o corpo se torna via de expressão, ou seja, os órgãos são afetados devido a uma disfunção simbólica. Com isso, nota-se que a criança que somatiza apresenta dificuldade de nomear sentimentos, com pensamento mais operatório.

Durante os atendimentos percebe-se a mãe do paciente com várias queixas em relação a Carlos que não a obedece, que tenta agredir, que o menino não fica de castigo. Diante disso, vai sendo questionado, mas quem é a mãe da criança? Também que lugar o pai ocupa no discurso da mãe? Nesse sentido é necessário o terapeuta interrogar-se sobre o lugar da palavra da mãe no discurso fantasmático da criança, tanto sobre o lugar do pai na palavra da mãe. Há um discurso comum que une pais e criança sintomaticamente, estando às causas do sintoma da criança nos efeitos do que é dito, bem como do que é silenciado a ela. A presença dos pais junto à criança no atendimento torna-se assim fundamental, e o discurso dos pais é utilizado como mais um recurso no esclarecimento do sintoma da criança.

Lacan em Seminário 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise., Lacan (1998) ⁴, relata que para dar entrada ao inconsciente é necessária a separação do sujeito e do outro, sendo isso que constituirá

o lugar que se dará a cadeia de significantes. Assim, Outro pode ser evidenciado na cultura, a lei, o acesso a linguagem. Dessa forma, o sujeito é constituído pelo Outro, sendo a linguagem anterior ao sujeito e é essa que constitui o corpo do simbólico, ou seja, essa mãe enquanto Outro de significante através de seu discurso introduz a criança no universo da linguagem, antecedendo o sujeito da existência. Após, há a entrada de um terceiro na relação dual sob a forma de interdição e frustração da criança. A entrada do Nome-do-Pai institui a criança no simbólico, renunciando a ser o falo, objeto de desejo da mãe. Assim, a criança deixa de ser o falo porque o desejo da mãe está, para além dela, referido ao pai, que é suposto deter esse objeto de desejo da mãe, o falo.

Ainda, a mãe relata que quando o seu marido está ausente Carlos e sua irmã querem dormir com ela, e que ela acaba deixando. Ainda, a mãe fala que Carlos tem bastante ciúmes dela com suas amigas, quer ficar controlando com quem ela conversa, queixa-se que não tem atenção. Diante disso, nos atendimentos psicológicos questiona-se que o paciente estaria ocupando o "lugar" de marido quando dorme com ela e que de certa forma ela haveria lhe dado autorização para essas atitudes de controle do menino. Em seu livro *A Primeira entrevista em psicanálise* Mannoni (1982) ⁵ relata que a lei da interdição do incesto não é apenas uma lei editada, é uma lei interna, endógena em cada ser humano e que, não respeitada, mutila profundamente o sujeito nas suas forças vivas, somáticas, ou culturais.

Também, percebe-se que apesar da queixa da mãe por Carlos ser bastante dependente dela, a mesma também positiva isso. Outro fator é que Carlos não vai à casa dos amigos porque é longe, ele prefere que os amigos dele vão à sua casa. Assim, como Carlos vai distanciar-se dela e ter outros objetos de ligação se não tem socialização suficiente.

Ainda, percebe-se essa relação ainda bastante indiferenciada do paciente com sua mãe pelo discurso dele que relata que sua mãe não lhe dá atenção, carinho. Também, que ele prefere jogar vídeo game com a mãe do que com os amigos. Assim, se não houver uma brecha entre ele e a mãe, não poderá emergir seu desejo que o levaria em busca de outras coisas, como exemplo: amigos.

Nas primeiras sessões clínicas aparecia no paciente muito essa questão de queixas, com discurso melancólico, como se a mãe fosse seu único objeto de investimento, sendo boa ou ruim. Na sua obra *Luto e Melancolia*, Freud (1917) ⁷ explicita que melancolia é a perda objetiva em que o ego se esvazia, há perda de interesse pelo mundo externo. Assim, caracteriza-se como perda do objeto amado, e há sentimentos ambivalentes e de culpa. No caso de Carlos, pode-se pensar na possibilidade de um escasso investimento amoroso desde os primórdios de sua constituição, pois sua mãe fala de uma gravidez não desejada. O fato de haver uma colagem entre mãe e filho não garante haver um bom investimento, porque esse depende da mãe, a partir de seu desejo, poder considerar o filho no lugar de sujeito, separado dela, em quem ela supõe algum saber e de quem ela não sabe tudo.

Diante disso, foi trabalhado sua diferenciação em relação à mãe, também que às vezes ela podia não agir da maneira que ele queria por ter outros objetos de investimento, que ela nunca daria conta desse "amor incondicional".

Mannoni (1982) ⁵ aponta que a resolução do complexo de Édipo como fato aparece de forma indireta quando a criança, deixando de apresentar problemas no lar, é capaz de deslocar a situação emocional trinitária primitiva para transportá-la para o mundo ambiente, na escola e nas atividades lúdicas; entre inúmeros colegas, ela pode fazer dois ou três amigos verdadeiros, amigos suscetíveis de desilusões desafiadoras. Em contrapartida a criança que não resolveu o Édipo permanece muito dominada pela ambivalência emocional do seu relacionamento com a mãe ou com o pai.

Em outras sessões, observa-se que o paciente reclama da mãe, briga com a mesma não concordando com que ela fala como numa ten-

tativa de diferenciação dessa relação dual. Percebe-se que esse movimento do paciente em muitas vezes questionar a mãe, não concordar com ela é sinal de saúde psíquica de Carlos, pois ele não fica nessa condição de assujeitamento, e alienação ao Outro materno. Também, pode-se pensar que a mãe não considera Carlos um outro faltante, cabível de falhas e erros. Isto é evidenciado em seu discurso que demanda um ideal da criança, um ser perfeito, pois a mãe relata sempre que tem algo a melhorar não satisfeita com as evoluções do paciente.

Diante desse comportamento de Carlos a mãe fica desorientada em relação ao manejo com o filho, que quando contrariado chora, grita bastante parecendo “estar sendo espancado” segundo a mãe. Diante disso, em momentos de angústia a mãe relata que pensa em abandoná-lo, ir trabalhar, deixá-lo com o Conselho Tutelar. A mãe não consegue frustrar seu filho por não tolerar a sua própria castração. Pode-se pensar que com o diagnóstico da doença grave, a criança e sua família deparam-se com o risco de morte iminente. A representação da perda atualizada e concretizada pelo perigo de morte inerente à doença presta-se a todos os tipos de mutações e apropriações. No caso do câncer infantil, apesar dos enormes progressos na medicina nas últimas décadas em relação ao seu tratamento, o diagnóstico deflagra uma série de situações, reações e emoções. Assim nesse caso, o paciente e sua família têm que habituar-se a nova realidade ocasionada pela doença, o que mobiliza sentimentos em relação a isso, como também aprendizado constante pelas situações vivenciadas.

Diante disso, foi conversado com a mãe a complexidade de sua ameaça, e o que significaria ser abandonado para ele, o que positivaria seu comportamento agressivo, já que o menino poderia sentir-se rejeitado por não ser o filho saudável, ideal dos pais. Também, a necessidade da mãe colocar os limites ao filho quando necessário com maior precisão. Percebe-se que o câncer não afeta só a criança, como também, toda a família e poder ser identificado como um evento estressor com que os pais deparam-se com confusões, raiva, sentimentos ambivalentes.

Durante os atendimentos psicológicos em que o paciente relata situações e atribui responsabilidade a sua mãe, tenta-se mostrar a ele a sua implicação nos acontecimentos, e sua capacidade de independização. Também, pontua-se em relação aos desentendimentos dos pais, que isso é uma questão do casal.

Brincar como dispositivo na Clínica Infantil

Nos atendimentos realizados com Carlos percebe-se que o paciente utiliza-se do brincar. Uma das atividades mais recorrentes do paciente é a brincadeira de guerra entre vários bonecos do exército em miniatura. O paciente divide os seus bonecos e os meus (como se fosse o Iraque contra os Estados Unidos) em dois grupos. Diante disso, percebe-se que o paciente não conseguia inicialmente fazer guerrear de fato sempre optando por um “acordo de paz”, antes de iniciar a batalha. Pode-se pensar numa dificuldade do paciente em assumir uma posição ativa no enfrentamento da doença. Após, questionamentos percebe-se o paciente mais ativo, pensando em estratégias para acertar o adversário.

Nota-se, que se constitui como importante o jogo, a brincadeira como estratégia de defesa diante da doença. Segundo, Bruner (2001) na obra *Luto e melancolia na Infância*⁸ as crianças realizam desejo de morte no processo do brincar, matando os objetos e às vezes ela própria. A reação de morte no brincar não está circundada pela dor. A dor interromperia o brincar. O brincar é a realização do luto pela pessoa perdida, e a criança que não brinca entra em melancolia, pois o brincar é a realização substitutiva do desejo de morte.

Ainda, a criança diante da situação vivenciada sendo considerada angustiante projeta a situação desagradável para o externo. Por

exemplo, através da brincadeira do fort-da, no texto *Além do Princípio do Prazer*, Freud (1920)⁹, explicita que a criança pode deslocar-se de uma posição passiva para ativa. Isso se constitui fundamental para seu desenvolvimento psíquico no início da infância, para após poder utilizar-se de outras brincadeiras como recurso psíquico. Assim, repete tudo o que lhes causou uma grande impressão na vida real, tornando-se “donos” da situação. As crianças transferem a experiência desagradável vivenciada para companheiros de brincadeira.

Ainda, outra atividade realizada pelo paciente durante os atendimentos psicológicos foi a elaboração de histórias através do desenho. Dentre as histórias o que foi significativo é uma história em que o paciente relata o personagem o “homem flecha”, como sendo um super-herói muito rápido e no decorrer da história o personagem tropeça em uma pedra e cai, terminando a história. Diante disso, é questionado o que poderia ser esta pedra, fazendo metáfora com a doença e o que significaria cair e não levantar mais diante disso. Após refletir o paciente decide mudar o final da história dizendo que o personagem havia ultrapassado a pedra. Após a sessão, dias depois a mãe de Carlos relata um episódio em que o paciente estava jogando futebol, tropeçou em uma pedra e caiu. Perante essa situação o menino ficou muito brabo, dizendo que a mãe era culpada por tê-lo deixado jogar futebol, sentindo-se ofendido como se a mãe tivesse gostado que ele houvesse caído. Com isso, foi conversado com o paciente sendo relacionado o que aconteceu com ele e a história inventada dias antes, sendo possível trabalhar sua implicação diante disso, os sentimentos apresentados, etc.

Outro fator relevante é que durante as atividades realizadas o paciente demonstra-se muito inseguro em o que fazer, mostrando-se crítico em relação aos seus desenhos, demonstrando-se afetado em sua auto-estima. Pode-se pensar que o que fez alusão anteriormente ao seu corpo, provocado pelo tratamento, também perpassa nos desenhos. Assim seu comportamento diante dessas atividades mobiliza sentimentos de rejeição, inferioridade. Aqui pode-se pensar em uma interminável insatisfação da mãe quanto ao olhar dirigido ao filho e às suas produções, e como isso pode afetar a própria avaliação da criança de suas produções. Essa mãe tem história de depressão, e uma mãe deprimida por não valorizar suas próprias possibilidades, não valorizará aquelas do filho.

Também, no livro *A Criança do Espelho*, Dolto (1991) *A Criança do Espelho*¹⁰ refere o desenho como projeção da estrutura do corpo da criança com o qual ela se relaciona com o mundo. Dessa maneira, o desenho é a colocação em cena de um fantasma referido à imagem inconsciente do corpo tal como a criança define.

Assim, é a síntese das experiências emocionais vividas pela criança ligadas a sua história de vida. No caso de crianças com câncer, que apresentam o tumor em determinada parte do corpo, muitas vezes eles representam no desenho, e projetam através da imagem corporal sua realidade psíquica perante isso. Dessa maneira, pode-se dizer que a criança utiliza-se da projeção e sublimação do que é experienciado transformando no lúdico e no brincar.

Atualmente, o paciente desenhou o seu bairro, localizando os pontos de referência perto de sua casa, os lugares significativos para ele, trazendo suas expectativas futuras e implicação diante disso. Pode-se pensar num movimento do paciente em relação a colocar-se mais, fazer-se pertencer a um lugar, como sujeito desejante, com vontades e desejos. Como uma busca de territorialidade que lhe assegurará segurança e confiança em um ambiente estável. Esse movimento de identificação com os lugares próximos da sua casa e o seu lugar de origem perpassa uma posição fundada no desejo, na falta que busca ser preenchida por vários lugares. O autor Rassial (1999)¹¹ aponta que pela modificação da imagem do corpo e de seu estatuto de identificação especular, enquanto movimento de fundação do eu, é um momento a repetir, que deve ser repetida de maneira defasada, tanto em relação ao Outro quanto em relação ao objeto.

Percebe-se que crianças com câncer deparam-se com várias questões acerca da doença, hospitalização somado a fase de sua constituição psíquica. Diante disso, a realidade da criança está relacionada a múltiplos fatores externos como, por exemplo, o tipo de doença e como é vista, a duração e intensidade da dor e sofrimento, maturidade da criança e dos familiares, qualidade do relacionamento, o papel das crenças, expectativas, qualidade e quantidade de apoio, o número de perdas passadas, habilidades de enfrentamento já adquiridas, etc., (apud Mazorra, 2003, p.75)¹².

Na prática no Hospital da Criança Conceição fez-se deparar com a necessidade de refletir e estudar mais os mecanismos psíquicos da criança, seu imaginário, realidade psíquica, seus recursos internos diante da doença e iminência de morte. Perante isso, esse caso é uma maneira de ilustrar essas questões a que vêm-se estudando. Além disso, esse caso denota a configuração singular do paciente e da família perante a doença, como também sugere-se questões relacionadas ao seu aparecimento em um âmbito além do orgânico e perpassado pelos fantasmas imaginários presentes na dinâmica familiar.

Na clínica de crianças com câncer tem-se a necessidade de abordar as questões relacionadas à doença e ao tratamento como possibilidade de enfrentar questões ligadas à morte, e a iminência dessa. Assim, no caso de Carlos nota-se que o menino colocava-se em uma posição passiva diante das questões do enfrentamento da doença. Isso pode ser observado pelo seu discurso queixoso, sem sua implicação como sujeito e através do desenho, de brincadeiras. Faz-se necessário pensar que pacientes com câncer utilizam-se de estratégias de defesa perante a doença. Diante disso, o lúdico seria uma estratégia com a finalidade de reconhecer a realidade psíquica da criança, seus mecanismos internos a fim de poderem ser trabalhadas questões trazidas, em que o paciente possa assumir uma atitude ativa diante de seu corpo e do real vivenciado.

Como relata Mannoni (1982)⁽⁵⁾ a tarefa do psicanalista é ajudar o indivíduo a articular sua demanda, a constituir-se na sua fala em relação à sua história, para extrair finalmente, através de certa seqüência, uma mensagem onde poderá ser veiculado um sentido. O terapeuta visa confrontar a tomada de posição do sujeito através de seu mundo fantasmático, com um sistema que é da ordem do significante do que a dar a significação deste ou daquele distúrbio.

CONCLUSÃO

Também, a intervenção com os pais na psicoterapia com crianças faz-se fundamental para o melhor entendimento do caso, já que a criança é atravessada pela família nas suas crenças, concepções, narcisismo dos pais, como também a criança constitui a sua estrutura psíquica a partir do olhar dos pais para com essa. Como foi dito anteriormente, o sintoma da criança muitas vezes está em posição de responder ao que há de sintomático na estrutura familiar. No caso do paciente Carlos faz-se necessário à escuta dos pais, como vem ocorrendo com a mãe do paciente, com a finalidade da poder questionar e orientar maneios em relação à criança, como perceber a organização familiar e poder fazer refletir aos familiares seu investimento para com o paciente. Nesse caso percebe-se relação de dependência recíproca da mãe e do paciente, sendo trabalhado com ambos questões referentes a isso a fim de proporcionar uma melhor saúde e desenvolvimento psíquico. Ainda, atualmente a mãe iniciou atendimento psicológico individual o que irá auxiliar no tratamento do paciente. Também, nota-se necessidade de escutar o pai do paciente, a fim de sensibilizar o pai no sentido de que se faz necessário ser mais incisivo, entrando como um terceiro nessa relação dual.

Por fim, percebe-se a prática clínica do Hospital da Criança Conceição muito enriquecedora como fonte de aprendizado e conhecimento. Há uma diversidade de casos atendidos o que proporciona a visão do sujeito como um todo na sua singularidade e a percepção da especificidade que demanda cada paciente. O terapeuta deve estar embasado teoricamente, mas diante do paciente desfazer-se de crenças, concepções anteriores para escutar o sujeito e auxiliá-lo nas suas questões, entrando no seu fantasma originário.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VOLNOVICH, J. Lições introdutórias à psicanálise de crianças. Rio de Janeiro: Relume - Dumará, 1991.
2. MANNONI, M. A Criança sua "Doença" e os Outros. São Paulo; Via Lettera Editora e Livraria, 1999.
3. FARIA, M. Introdução à psicanálise de crianças: o lugar dos pais. São Paulo: Hacker Editores: Cespuc: FAPESP, 1998.
4. LACAN J. Seminário 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
5. MANNONI, M. A Primeira entrevista em psicanálise. Rio de Janeiro: Campus, 1982.
6. FREUD, S. Luto e Melancolia. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (1917). Rio de Janeiro: Editora Imago, 1976.
7. BRUNER, N. Luto e melancolia na Infância. Os nomes da tristeza. Associação Psicanalítica de Porto Alegre. N.21, p.119-127, 2001.
8. FREUD, S. Além do Princípio do Prazer. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (1920). Vol XVIII. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1976.
9. DOLTO, F., NASIO, J. A Criança do Espelho. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
10. RASSIAL, J. Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Adolescência entre passado e o futuro: A adolescência como conceito da teoria psicanalítica. Porto Alegre: Artes e Ofícios. 2ªed. 1999.
11. MAZORRA, L; TINOCO, V. (orgs.). Luto na Infância: Intervenções psicológicas em diferentes contextos. São Paulo: Editora Livro Pleno, 2005.

A FISIOTERAPIA PREVENTIVA APLICADA À CINESIOTERAPIA LABORAL PARA HÉRNIA DE DISCO EM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

The Prevent Physiotherapy to Apply an Labor Kinesiotherapy to Prolapse Disc in Technician of Nursing

Gregório Tapia de Souza* Livia Ramalho Arsego** Roseti Marques Corrêa***

RESUMO

A hérnia de Disco, doença mais incapacitante da vida laboral de qualquer funcionário, ocorre pela ruptura do anel fibroso por fatores genéticos e exógenos. Técnicos de Enfermagem, por sua particularidade no processo função-empresa, apresentam os maiores índices de afastamento por Doenças Osteomusculares na coluna e demais articulações do corpo, respectivamente.

Foi realizada revisão bibliográfica sobre hérnia de disco, obtendo o conhecimento de sua incidência como também em publicações anteriores sobre o perfil dos profissionais afastados com o intuito de traçar uma proposta preventiva para esta patologia a ser aplicada na prática de Cinesioterapia Laboral na rede Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Obtendo-se um programa de exercícios que se mostra capaz de atuar na diminuição das herniações mediante aos objetivos da reabilitação encontrados nas literaturas.

Descritores: Hérnia de Disco, Prevenção, Fisioterapia

ABSTRACT

The prolapse disc, incapacity illness of the labor life of any employee, occurs for the rupture of the fibrous ring for genetic and exogenous factors. Technician of Nursing, for its particularity in the process function-company, presents the biggest indices of removal for musculo-skeletal

Illnesses in the column and too much joints of the body, respectively. Bibliographical revision on prolapse disc was carried through, getting the knowledge of its incidence as also in previous publications on the profile of the professionals moved away with intention to trace a proposal preventive this pathology to be applied in the practical one of Labor kinesiotherapy in the net Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Getting one program of exercises that if it shows capable to act in the reduction of the prolapse by means of the found objectives of the whitewashing in literatures.

key words: Prolapse Discal, Prevention, Physiotherapy

INTRODUÇÃO

Os hospitais, como espaço de trabalho, caracterizam-se por apresentarem alguns aspectos relevantes para análise do processo saúde-doença-trabalho. Considerando os tipos de carga de trabalho temos, de um lado o tipo físico, químico, biológico e mecânico e de outro, o fisiológico, o psíquico e o social.

A dimensão social expressa-se nas relações sociais, compreendidas através dos vínculos estabelecidos na sociedade e instituições imersas e intrínsecas ao modo de produção capitalista. As expressões da Questão Social manifestam-se na desigualdade, no autoritarismo, na privação do poder de mudar as condições de agressão física e psíquica à saúde, e a coerção sobre todas as formas, decorrentes da posição sócio-política dos trabalhadores na divisão do trabalho¹.

A Saúde do trabalhador também é impactada pelas doenças ocupacionais, doenças preexistentes e acidentes de trabalho (AT).

Segundo estudo publicado pela Previdência Social, a Região Sul é pioneira na ocorrência de AT (8,7%), no qual 5,7% destes resultados correspondem aos Hospitais e demais áreas do setor de Serviço. “A ocorrência destes implica danos sociais imediatos, primeiramente pelo

comprometimento da saúde e integridade física do trabalhador e pelos seus dependentes que podem eventualmente perder a base de sustentação familiar”⁽²⁾. Com as considerações apresentadas enfatiza-se a importância de estudos minuciosos da Saúde do Trabalhador voltado para ações preventivas afim de evitar o quadro mencionado, que afetaria na dinâmica empresa-funcionário-família pela ausência deste no seu local de trabalho alterando conseqüentemente a sua renda familiar.

O GHC caracteriza-se por um complexo hospitalar da rede pública de Porto Alegre, RS, que intervém exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) vinculada ao Ministério da Saúde, no qual todos os trabalhadores são contratados pelo regime da C.L.T. Em revisão de literatura acerca do perfil de profissionais afastados, constata-se que a maior parte dos afastamentos correspondem ao setor de Enfermagem do Hospital. Destes resultados, há uma predominância por distúrbios osteomusculares e transtornos mentais, respectivamente³.

Os técnicos de Enfermagem trabalham diretamente com o paciente intervindo nos cuidados necessários. Para tanto o ritmo e clima de tensão encontram-se em todas as situações gerando posturas inadequadas, acometimentos momentâneos e algumas vezes quadros patológicos graves que ocasionarão o afastamento deste funcionário da escala de trabalho; através disso este entra em benefício previdenciário (afastamento superior a 15 dias) por Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT) que pela particularidade da sua profissão apresentarão maiores acometimentos na coluna lombar, ombros, joelhos e região cervical, respectivamente. Estas alterações ocorrem de acordo com as mudanças em curso na organização do trabalho e, secundariamente, pelas inovações tecnológicas resultantes da reestruturação

* Estudante de Graduação de Fisioterapia – PUCRS, estagiário de Fisioterapia da Saúde do Trabalhador - Hospital Fêmina (GHC)

** Assistente Social da Gestão do Trabalho e Desenvolvimento (GHC)

*** Assistente Social da Saúde do Trabalhador - Hospital Fêmina (GHC) especialista em Saúde Mental e Saúde Pública

produtiva, podendo apresentar dor irradiada para demais segmentos do corpo por um pinçamento nervoso.

A coluna vertebral concilia dois imperativos mecânicos contraditórios encarregados pelo movimento harmônico do corpo: rigidez e flexibilidade; um conjunto de trabalho entre Sistema Nervoso Central (SNC) e sobreposição ligamentar e muscular⁶. Este conjunto, está ligado a uma série de ossos, as vértebras, que variam de tamanho de acordo com sua capacidade para sustentação do corpo. As vértebras cervicais (conjunto de 7 vértebras) são pequenas, suportando o peso da cabeça (geralmente entre 3Kg - 5kg) enquanto as lombares (5 vértebras), que suportarão todo o peso do tronco e Membros Superiores (MsSs), são as de maior tamanho. Ou seja, se pensarmos em um sistema de alavanca onde esta sofrerá a ação de uma carga, caso a postura seja inadequada ter-se-á o aumento considerável do torque sobrecarregando em dez vezes mais a coluna lombar.

Entre cada vértebra há um disco intervertebral responsável pela absorção dos impactos gerados na coluna durante as atividades do dia-a-dia. Assim, desequilíbrios musculares, alterações posturais, fatores ambientais (carregar peso de forma errônea) influência genética e sobrepeso ocasionarão a hérnia de disco⁷.

A hérnia de Disco, descoberta por Vesalio em 1558, é um processo gerado pela ruptura do anel fibroso, com subsequente deslocamento da massa central do disco nos espaços intervertebrais por diminuição dos proteoglicanos, principais responsáveis pela hidratação do núcleo pulposo⁷⁻⁹.

Atualmente, esta patologia é uma das principais limitantes na vida laboral de funcionários, destacando-se como maior causa de consultas em serviços de ortopedia. Indicados à cirurgia imediata somente em casos de síndrome da cauda equina, havendo um quadro de anestesia em sela e alteração esfinteriana⁸⁻⁹.

A Hérnia discal, de origem por estresse direto, tem como principal fator desencadeante um agente exógeno associado a um enfraquecimento da musculatura abdominal causando um maior tensionamento na cadeia muscular posterior devido a discrepância de força entre ambas musculaturas e por consequência uma diminuição nos espaços intervertebrais aumentando a pressão desarmônica no disco.

OBJETIVO

Visualizar o perfil dos funcionários afastados e correlacioná-los com a Hérnia de Disco e traçar uma ação preventiva com os funcionários da rede GHC a partir de dados encontrados em revisão de literaturas..

METODOLOGIA

Pesquisa bibliográfica e documental do perfil de funcionários afastados da rede GHC com benefício previdenciário e literaturas fisioterapêuticas.

DISCUSSÃO

O corpo humano, com o passar dos anos, sofre alterações fisiológicas, metabólicas e imunológicas desencadeando processos patológicos com maior facilidade e assim uma resposta mais lenta na sua reabilitação. A coluna é a primeira sofrer o impacto dessas alterações com a diminuição da hidratação dos discos intervertebrais, o que aumentam os acometimentos no grande pilar do corpo.

Em um caso de herniação, tem-se como forma de reabilitação a Fisioterapia e Artrodese, principal intervenção cirúrgica para esta patologia; no entanto esta cirurgia não apresenta resultados mais eficazes do que pacientes submetidos ao tratamento fisioterapêutico conservador, comparados no período de quatro a dez anos após a intervenção

cirúrgica. Os níveis de C5-C6, L4-L5 e L5-S1 são os mais suscetíveis ao prolapso discal pela sua hiper mobilidade. Logo na artrodese, onde existe a sondagem do segmento acometido pelo abaulamento discal, os segmentos superior e inferior readaptam-se ganhando uma maior mobilidade para substituir aquela articulação artrodesada contribuindo para o quadro recidivante de hérnia discal nestes segmentos⁽⁹⁾.

Os pacientes submetidos a esta técnica cirúrgica sofrem a uma anestesia geral, tendo uma incisão longitudinal com divulsão do tecido gorduroso até os processos espinhosos; realizando assim o descolamento subperiosteal, interespinhos e ligamento amarelo para identificação do ponto a ser artrodesado. Para que não ocorra pseudoartrose, faz-se necessário a dissecação da fáscia glútea para o enxerto ósseo, retirado do osso esponjoso da Crista Iliaca pela mesma incisão cirúrgica⁽¹⁰⁾.

Afim de evitar que o funcionário tenha uma hérnia de disco, e assim possivelmente sofra uma intervenção cirúrgica faz-se necessário um programa de prevenção aplicado a prática de Cinesioterapia Laboral; como primeiro passo da prevenção é de suma importância submeter o funcionário a uma avaliação destacando aspectos posturais e patológicos para não agravar e/ou desencadear vícios posturais que podem alterar a biomecânica corporal acarretando danos à saúde como também auxiliar na escolha dos exercícios para um grupo de funcionários, respeitando as particularidades apontadas nas avaliações realizadas. Dando margem ao profissional de visualizar a importância de quantas vezes por semana estes funcionários passariam pela atividade de Cinesioterapia Laboral.

Para manter a coluna em harmonia é necessário que haja uma força igual entre as cadeias musculares anterior e posterior; sendo correto iniciar um trabalho não só de alongamento global, evitando dores musculares e DORT, como fortalecimento muscular visando a liberação da região lombar e melhora do condicionamento físico trabalhando Abdominais, Glúteos (suas três porções) e Paravertebral, músculo extensor que auxiliará na harmonia muscular.

Logo, exercícios de reto/oblíquo abdominal e basculantes de Quadril com isometria inicialmente de quatro segundos auxiliam na anteverção pélvica, evitando compressão na região posterior do disco intervertebral liberando a região lombar desta sobrecarga muscular. Exercícios de agachamento isométricos durante os alongamentos dos MsSs repercutem da mesma forma na biomecânica e fisiologia citadas anteriormente, porém devendo ser realizado com uma parede como base de apoio evitando a retroversão pélvica o que seria contra o objetivo da proposta pelo encurtamento gerado pela contração dos músculos elevadores do quadril.

Exercícios em quatro apoios com a elevação de membros contralaterais, membro superior direito e membro inferior esquerdo, causam o fortalecimento da musculatura Paravertebral dando a harmonia necessária para a dinâmica da coluna e cadeias musculares.

O Isostretching⁽¹¹⁾ por sua vez tem grande aplicabilidade por ser uma ginástica postural para fortalecer o corpo através de exercícios propícios. A multiplicidade das posturas faz com que a maioria dos grupos musculares trabalhem de duas maneiras, concêntrica e excêntrica sendo ao mesmo tempo um trabalho de fortalecimento e alongamento globais. A harmonia do corpo se forja pela qualidade, equilíbrio, entre a força e a leveza, potência de contração e possibilidade de alongamento sendo importante a vigia, particularmente, da cabeça e membros para evitar as rotações compensatórias. Em atividades de grande exigência muscular ocorrem deformações e torções afim de facilitar o movimento, é justamente contrariando esta tendência que o Isostretching assegura seu trabalho, bloqueando as rotações compensatórias pela forte contração muscular da cadeia antagonista ao movimento, ocorrendo o alongamento junto ao fortalecimento muscular de determinadas musculaturas. Estas técnicas requerem um controle respiratório, uma vez que a posição sugerida ocorrerá no tempo expiratório do praticante; estimulando o auto-crescimento junto ao fortalecimento muscular ocasionando uma maior estabilidade e liberação de toda a coluna.

Para um maior trofismo, esta técnica usufrui de acessórios como bolas e bastões com diferentes pesos, não devendo ser usado no início da prática por estimular posições compensatórias que sofrerão

grande sobrecarga pela forte contração muscular e falta de conscientização corporal.

Tem como objetivo melhorar a condição física podendo ser praticado por quase todo o mundo, traduzindo-se em uma atividade não traumatizante, corretiva, educativa, preventiva, flexibilizante e tonificante.

Joseph Pilates, em 1926 criou a técnica denominada Pilates com um caráter reabilitador para doenças osteomusculares que hoje em dia perdeu-se um pouco da sua origem, sendo voltado para a área estética. Usando exercícios de grande intensidade muscular que ocorrem no período expiratório, usufruindo de posições e aparelhagens específicas como camas de mola e cavalos de pau objetivando um maior trofismo muscular e conhecimento corporal. Para tanto, as posições e exercícios sem as determinadas aparelhagens são de grande aplicabilidade quando direcionadas ao fortalecimento de Glúteos, Abdominal, Paravertebral e Peitoral, este dando uma maior estabilidade aos MsSs e diminuindo a sobrecarga torácica e conseqüentemente a lombar. Esta, trata-se por ser uma técnica sem contra-indicação por realizar exercícios isométricos, conhecidos por “powerhouse ativo” (contração abdominal constante), e exercícios em baixas amplitudes de movimentos respeitando sempre as condições fisiológicas corpóreas. Logo, isto passa um feedback ao praticante da técnica de recrutar de forma mais intensa uma determinada musculatura durante um exercício pela presença de uma postura indesejada.

Como todo trabalho de fortalecimento, após o seu término o alongamento é de suma importância propiciando assim um relaxamento da musculatura que foi super exigida durante a prática dos exercícios. O alongamento dos Membros Inferiores (MsIs) devem ser realizados na melhor posição possível enfatizando todos os grupos musculares que originam-se e inserem-se na região Lombar, sendo o Grande Dorsal, Paravertebral, Glúteos e Ísquios-Tibiais (todos formando a Galea Aponeurótica), o que ocasionará o aumento do espaço intervertebral pelo estiramento muscular indo de encontro com a proposta e objetivo de prevenção.

A técnica de Pompagem Sacral, com o praticante em decúbito dorsal sobre uma toalha na região pélvica, pode ser usada para um maior relaxamento da lombar realizando a tração desta região da coluna e alongamento da cadeia muscular concomitantemente; onde a toalha deve ser retirada em dois períodos expiratórios e o praticante permanecer na posição de forma estática, com a tração lombar realizada pela remoção da toalha, por um minuto.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que os fatores preponderantes para acidentes ocorrem tanto por questões patogênicas, sobrecarga de função, estresse psicológico e expressões da Questão Social. Esses fatores promovem um quadro desgastante e esquecimento do auto-cuidado deste funcionário que será afastado.

Conhecendo melhor a casuística e mecanismo de lesão, já com os conhecimentos anteriores, faz-se capaz de montar um plano preventivo aplicado a Cinesioterapia Laboral afim de evitar um aumento na incidência de Hérnia de Disco em Técnicos de Enfermagem que correspondem ao maior número de afastamentos de um hospital.

Este plano mostra-se ser eficaz tanto na parte preventiva quanto na parte reabilitadora por ir de encontro ao objetivo primordial nos casos de hérnias, o fortalecimento de musculaturas que gerarão o relaxamento Lombar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MOTAAE. A nova fábrica de Consensos. Porto Alegre: Cortez, 1998
2. CECHIN J. Ocorrência de Acidentes de Trabalho conforme a GFIP. Informe de Previdência Social 2002; 14(02): 01-09.
3. PEREIRA M, BORBA E, AZAMBUJA M. Perfil dos Trabalhadores afastados em Benefício Previdenciário, no Grupo Hospitalar Conceição. Revista Momento e Perspectivas em Saúde 2004;17(2): 26-34.
4. GURGUEIRA G, ALEXANDRE N, CORRÊA FILHO H. Prevalência de Sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadores de Enfermagem. Revista Latinoam. Enfermagem 2003; 11(5): 608-613.
5. MUROFUSE N, MARZIALE M. Doenças do Sistema Osteomuscular em trabalhadores de Enfermagem. Revista Latinoam. Enfermagem 2005; 13(3): 364-373.
6. KAPANDJI A. I. Fisiologia Articular 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
7. NEGRELLI W. F. Hérnia Discal: Procedimentos de tratamento. Acta Ortop. Bras. 2001; 9(4): 39-45.
8. TORRES R. R, FIALHO, R. A. Hernia Discal Lumbar - Algunos Aspectos del Diagnóstico. Revista Cubana Med. Militar 2004; 33(2).
9. SIZÍNIO H. Ortopedia e traumatologia - Princípios e Prática 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
10. SERDEIRA A, BARROS T, PUERTAS E, LAREDO J. F, ARBO R, GLASS A. Artrodese da coluna lombossacra com o implante A-Systems. Acta. Ortop. Bras. 2004; 12(4): 217-225.
11. BARBOSA, B. ISOSTRETCHING - A ginástica da coluna 4aed. São Paulo: Chiron, 2001.

Trabalho realizado na Saúde do Trabalhador/Hospital Fêmima de Porto Alegre - RS - Brasil

Endereço para Correspondência:

Saúde do Trabalhador - Gregório Tapia de Souza
gtapiasouza@gmail.com
Rua Mostardeiro, 17/3º andar CEP: 90430-001
POA – RS

DO EXCESSO DE AÇÚCAR NO SANGUE À FALTA DE AÇÚCAR NA BOCA

From blood sugar excess to the lack of sugar in blood

Ana Maria Ferreira*

RESUMO

Essa produção tem como objetivo desenvolver algumas reflexões a respeito dos aspectos emocionais relacionados ao diabetes e as repercussões que a doença traz para o paciente e sua família. Ela é resultado da escuta realizada no atendimento e acompanhamento de pacientes com diabetes tipo 1 e seus cuidadores, da interlocução com a equipe interdisciplinar de um Serviço Regional de Referência em Diabetes na Infância e Adolescência e de revisão bibliográfica. A partir dessa escuta foram identificados fatores emocionais relacionados ao surgimento do diabetes. O equilíbrio emocional do paciente contribui de modo determinante em vários aspectos da sua vida, sendo responsável, entre outros fatores, pela aderência ao tratamento. Verificam-se, também nos pacientes alguns traços característicos, como a extrema dependência dos pais e a importância destes no tratamento dos filhos. Sendo assim, torna-se importante o apoio dos profissionais de saúde, entre eles o apoio psicológico para ajudá-los a enfrentar a doença e minimizar os seus efeitos.

Descritores: Diabetes Mellitus tipo 1; aspectos emocionais; intervenções terapêuticas.

ABSTRACT

The goal of this work was to elaborate some reflexions despite feelings and emotions involved with diabetes's diagnosis and the repercussions that the pathology brings to the patient and his family. This effort is a result of an accurate listening during the clinic visits and follow up of patients with type 1 diabetes and his guardians, of the interlocution of the interdisciplinary team of a Reference Regional Unit for Children and Adolescents with Diabetes and of data from the literature revision. From this listening, some feelings and emotions associated with diabetes's diagnosis, were identified. The emotional individual's stability and adapting contribute, in a relevant manner, different aspects of his life, being responsible, beside other factors, for the treatment compliance. In these patients, some specific characteristic are verified, as the extreme parent's dependency and their magnitude in the patient's treatment. In addition, it is essential to have health professional assistance, including psychological support, in order to face the disease and minimize his effects.

Key words: Type 1 Diabetes, emotional aspects and therapeutic interventions

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus é uma doença crônica, caracterizada pela elevação da glicose (açúcar) no sangue acima da taxa normal (hiperglicemia)⁽¹⁾. Diabetes em grego quer dizer sifão (tubo para aspirar a água), este nome foi dado devido a sintomatologia da doença que provoca sede intensa e grande quantidade de urina: mellitus, em Latim, significa mel, logo a patologia passa a ser chamada de urina doce⁽²⁾.

Por ser uma doença crônica, impõe limitações e mudanças na rotina diária dos pacientes e dos cuidadores, exigindo alterações na forma de viver, provocando conflitos, ansiedades e frustrações. Há modificações nos hábitos alimentares, controle glicêmico de 3 a 4 vezes ao dia e aplicações de insulinas. O comparecimento às consultas médicas faz com que percam aulas e/ou trabalho o que pode levar a um comprometimento dos seus desempenhos.

Para Debray, o diabetes mellitus é uma doença multifatorial, que inclui fatores genéticos e situações externas com valor de trauma, causando um impacto desorganizador na vida e que fragiliza o paciente. Esse trauma depende do valor que cada um atribui ao que lhe acontece⁽³⁾. Afirma também que o trauma por si só não seria responsável pelo surgimento da doença. O aspecto emocional pode ser o fator desencadeante, mas não seria o fator determinante, tem que haver no

paciente uma predisposição genética para que o diabetes aconteça⁽³⁾.

Em uma anamnese de adolescentes com diabetes, “verificar-se perdas parentais (morte, separação, divórcio) ou distúrbios familiares graves em uma proporção significativamente elevada, o que, justifica a hipótese de que um indivíduo fisiologicamente sensível, em um clima de estresse afetivo, é mais susceptível a desenvolver manifestações clínicas do diabetes”⁽⁴⁾.

Segundo Debray, a partir da psicanálise, sabemos que no desenvolvimento mental do indivíduo há períodos de crise: na fase edípica, na sua reativação na adolescência e na entrada da vida adulta, entre outros. São períodos difíceis onde ocorrem transformações que trazem consigo uma diversidade de sentimentos, gerando um desequilíbrio emocional e uma desorganização somática. O aparecimento do diabetes tipo 1 costuma coincidir com esses períodos⁽³⁾.

Considerando-se a especificidade do diabetes, é fundamental o trabalho em equipe interdisciplinar, com profissionais capazes de possuir um olhar contextualizado sobre o paciente e a família. Todos os profissionais de saúde têm a responsabilidade de serem agentes facilitadores dos processos de mudança e de promoção de saúde. Para tanto, devem possibilitar o conhecimento da doença, através da assistência e educação com informações concretas, objetivando a participação dos pacientes e cuidadores em um processo interativo para que possam exercer o auto-cuidado, resultando em melhor qualidade de vida para eles. O resultado reflete-se no envolvimento e comprometimento deles com o tratamento.

*Psicóloga do Instituto da Criança com Diabetes do Rio Grande do Sul (Grupo Hospitalar Conceição). Especialista em Psicologia Hospitalar; Especialização em Teoria Psicanalítica, Percurso de Escola,

“Toda palavra tem sempre um mais-além, sustenta muitas funções, envolve muitos sentidos. Atrás do que diz um discurso, há o que ele quer dizer e, atrás do que quer dizer, há ainda um outro querer dizer, e na da será nunca esgotado” (Jacques Lacan)

No entanto, a experiência clínica nos demonstra que, em determinados pacientes o comprometimento torna-se prejudicado, porque para eles, somente as informações não bastam para que sigam as orientações recebidas. Na realidade, nesses pacientes a adesão ao tratamento nem sempre é proporcional às informações recebidas, tornando-se fundamental a intervenção da psicologia no acompanhamento individual do paciente e cuidadores, e nas discussões com a equipe interdisciplinar para planejamento das intervenções.

A meta da equipe interdisciplinar é que os níveis glicêmicos do paciente estejam sob controle, para evitar casos de hiperglicemia e de hipoglicemias, que levam a internações hospitalares e complicações mais graves, tais como problemas renais, doença ocular, cardíaca, infecções, dificuldade de crescimento, entre outras.

Os pacientes atendidos no Instituto da Criança com Diabetes são encaminhados pela equipe técnica interdisciplinar e por procura espontânea. As demandas mais frequentes à psicologia vêm de pacientes com mau controle glicêmico que seria ocasionado por um conjunto de situações: falta de limites, erros alimentares, omissão de doses de insulina, não realização de atividades físicas, distúrbios psiquiátricos, entre outras, agravadas pelas questões emocionais.

Os adolescentes e adultos jovens buscam o atendimento, por questões do seu cotidiano, conflitos da adolescência e de relacionamentos afetivos, dificilmente para tratar do diabetes.

Quanto aos pais, a demanda inicial é para o atendimento do filho, mas durante o atendimento essa demanda se desdobra para atendimento deles também, para melhor lidarem com a doença do filho.

A psicologia atende pacientes e cuidadores com ênfase na assistência e na educação em diabetes, através de atendimentos individuais e em grupos. O trabalho da psicologia implica em um contato direto e permanente com os demais profissionais, mantendo espaços de reflexão e de diálogos do cotidiano da nossa prática, com discussões para o planejamento das intervenções.

O atendimento individual é realizado no ambulatório, com consultas agendadas e no hospital-dia com consulta extra, sendo que na primeira consulta são atendidos os pacientes e os pais. A partir daí se estabelece a conduta a ser seguida, que pode ser de atendimento individual ao paciente, e alguns encontros concomitantes com os pais. No acompanhamento psicológico a demanda de cada caso é que determina o número de consultas. As reconslutas da psicologia são agendadas, juntamente com os demais profissionais, em média de três em três meses. Quando há uma situação mais grave com os pacientes do interior do Estado, devido a impossibilidade de comparecerem mais seguidamente às consultas, estes são encaminhados para acompanhamento psicológico na sua cidade, mas seguem sendo reavaliados. Quanto aos pacientes de Porto Alegre e Grande Porto Alegre, dependendo da gravidade dos casos, são agendadas consultas extras semanais ou quinzenais. Os pacientes que necessitam um acompanhamento psiquiátrico são atendidos por profissionais do Grupo Hospitalar Conceição.

DISCUSSÕES

O que constitui a prática psicanalítica é o tipo de escuta, onde cada um é escutado a partir da sua própria demanda, considerando que as questões subjetivas são singulares e que as trajetórias de cada um derivam de seus conflitos inconscientes⁽⁵⁾. A intervenção da psicologia se dá nas questões emocionais que dificultam o tratamento do diabetes impedindo a sua adesão ao mesmo, devendo escutar e reconhecer quais são os aspectos do funcionamento psíquico que possam estar interferindo no tratamento e nomear para o paciente aquilo que ele não consegue dar sentido e sentir. Quando sofremos sem dar o devido sentido, somente cronificamos os sintomas.

É o oferecimento de uma escuta em um lugar protegido para amenizar as dificuldades relacionadas ao diabetes, ajudando-os a lidar com os medos, conflitos e angústias possibilitando a aceitação da doença, a elaboração dos aspectos relacionados à ela e a sua repercussão emocional, pois aceitar a doença é o primeiro passo para uma aderência ao tratamento⁽⁶⁾.

O psicólogo deve ocupar o lugar de facilitador junto aos pais e à equipe, num espaço de fala e de acolhimento das dores psíquicas e orgânicas, promovendo qualidade de vida e valorizando o papel do paciente no cuidado com a sua saúde.

É dar a palavra ao paciente, devolvendo a ela a sua importância. É a forma como o paciente pode ser reconhecido dentro do contexto familiar e social. Dor, citando Lacan, nos lembra: “uma palavra não é palavra a não ser na medida exata em que alguém acredita nela é nessa dimensão que uma palavra se situa antes de tudo”⁽⁷⁾.

No atendimento clínico com a criança está a dimensão da organização de seu psiquismo, que ainda não está determinado. Se esse Eu que ainda está em construção estiver por demais identificado ao ideal dos pais, pode prejudicar o seu desenvolvimento psíquico, através de sintomas e inibições⁽⁸⁾. A criança pode sentir-se fracassada por não conseguir ser o que esperam dela, por ter diabetes. Com o acompanhamento da psicologia e na transferência com os pais, pode haver uma mudança no que já estava se configurando como estrutura.

Verificamos que a aceitação da doença pela criança é diferente do adolescente. A criança ainda não possui um pensamento organizado e, conseqüentemente, não tem consciência da doença. Por isso, acaba aceitando as limitações mais passivamente, mesmo com algumas resistências iniciais. Quando isso não acontece é devido a dificuldade dos pais em estabelecer limites aos filhos. Entretanto, torna-se difícil para a criança entender que tantos procedimentos são para o seu bem estar, principalmente numa fase em que há uma primazia do princípio do prazer. Somente mais tarde, irá conseguir entender e valorizar o empenho dos pais na exigência do tratamento.

Para dar um sentido a essas limitações, a criança busca o controle da doença a partir do lúdico. Para Winnicott, o brincar é uma forma de elaboração e uma forma de controlar a angústia. É um instrumento de fala, onde expressam sentimentos. As crianças se distraem brincando, liberam os seus medos. Buscam, com essa atividade, passar da condição passiva para a ativa. No brincar a criança ocupa o lugar do outro, há uma mudança de lugar⁽⁹⁾.

Lembramos do caso de um menino de quatro anos. Na primeira entrevista atendemos os pais e o paciente. Ele atento ao que se falava, permaneceu brincando. Ao ficar sozinho com ele na sala, me convidou para brincar. Pegou dois bonecos, me deu um e ficou com o outro. Disse que eu era o filho e ele era o pai. Depois de brincarmos um tempo, ele pegou o cabo de uma panelinha e disse: Agora eu vou te dar injeção e não adianta chorar. Fiquei sem saber o que fazer. Chorar? Falar, não quero? Mas isso é o que ele faz. Então resolvi perguntar; vai doar? Ele disse: não dói. Ele fez a aplicação no meu braço. Eu disse: Não doe.

O paciente tinha diagnóstico recente, o pai é quem fazia os testes e aplicava a insulina. Ele chorava, esperneava, fazia uma cena, onde os pais choravam junto com ele, mas sempre aplicavam. É uma tarefa muito sofrida para eles forçá-los a fazer o tratamento. Quando relatamos aos pais, mostramos a importância do brincar, como mais uma via de comunicação entre eles, interpretando o que o filho fez através

do brinquedo, ou seja, ele estava entendendo e elaborando o papel deles no seu tratamento.

Pedimos que fiquem atentos às brincadeiras, passando informações que pela sua idade seriam incompreensíveis, se transmitidas através da linguagem usual.

Um outro exemplo: uma mãe emocionada relatou que o filho, de três anos, estava brincando sozinho na sala e a chamou. Mostrou um carrinho que estava sem uma das rodas e disse; “ele tá dodói, dá jeção”. Ela desconfiou, fez o teste e ele estava com hipoglicemia. Ela ficou impressionada pela forma como ele mostrou isso a ela.

Na idade escolar, o paciente necessitará do apoio dos professores para ajudarem no convívio com os demais colegas, pois é a partir daí que as diferenças se tornam visíveis.

A adolescência é considerada o período mais difícil do desenvolvimento humano. É nesse período que ocorrem bruscamente mudanças físicas e psicológicas que trazem consigo uma diversidade de sentimentos, ocasionando nos adolescentes um comportamento diferente do habitual ⁽¹⁰⁾, independentemente de qualquer doença.

Nos adolescentes com diabetes é natural que apresentem alguma dificuldade por se tratar de uma doença crônica que impõe mudanças na rotina diária, provocando mais conflitos, ansiedades e frustrações frente ao diagnóstico e prognóstico da doença. Isso gera uma insegurança quanto ao futuro, justamente no período em que começam a pensar sobre o que desejam ser quando adultos. De certa forma, inibe o processo de antecipação necessária, para que possam sustentar os desejos projetados.

No adolescente com diabetes, a doença pode tornar-se ainda mais complexa e o confronto entre os limites bastante acentuados. Nesse período passam a ser responsáveis pelo seu tratamento, por isso costumam rejeitar e contestar as orientações até então recebidas.

A ambivalência entre a independência e a dependência gerada pela doença pode originar condutas diferentes das habituais. Desafiam a autoridade dos pais como uma resistência à “lei”. É comum haver também desafios à doença, numa atitude de onipotência – se arriscam.

Provocam raiva, têm pena de si próprios. São os momentos de atuação cujo conceito nos indica que os adolescentes fazem algo para produzirem um efeito no outro, ou seja, estabelecer uma diferença entre eu e o outro. Mostram toda sua fragilidade nas explosões emocionais. Poderíamos dizer que essas crises são a expressão de sua impotência e um pedido aos pais que acolham as suas deficiências. São atitudes transgressivas numa tentativa de se subjetivarem ⁽¹⁰⁾.

É também o período em que é necessário fazer um luto dos pais idealizados, ou seja, há necessidade de haver uma separação simbólica dos pais ⁽¹⁰⁾. A culpa inconsciente por não ter correspondido à expectativa dos pais, por ser “doente”, abala a sua auto estima. Então, a dívida filial fica maior ainda, podendo dificultar a sua independência.

Outro aspecto importante na adolescência é o grupo social, pela busca de identificação fora da família ⁽¹⁰⁾. A doença, muitas vezes, passa a ser algo que impede e discrimina, pelas limitações do tratamento que o fazem se sentir diferente dos demais. Nesse período os pais costumam se preocupar, pois os adolescentes não querem mais fazer programas familiares. Preferem a companhia dos amigos e permanecem na rua até tarde da noite, esquecendo dos horários habituais da alimentação e das aplicações de insulina. Há o risco de que o adolescente pela imaturidade e necessidade de agradar e ser igual aos demais, negligencie o tratamento colocando-se em situação de risco.

Quando o adolescente com diabetes se exclui do grupo é porque não está conseguindo lidar com as limitações da sua doença e pode estar desenvolvendo uma inibição como sintoma, ou então é porque os pais superprotetores o impedem de sair.

A adolescência, além da entrada na vida adulta implica também na entrada na vida sexual dos adultos, levando os adolescentes a fazerem escolhas amorosas e que, obviamente, é motivo de conflitos de identidade, de auto-imagem, de rejeição, de não saber lidar com o outro sexo, entre outros. É também quando acontece uma modificação corporal, não há mais o corpo infantil ⁽¹⁰⁾. Isso pode remetê-los ao ideal perdido na doença, o ideal de saúde e perfeição do corpo, o EU saudável. Essa perda subjetiva pode acarretar um estado melancólico, fazendo

com que o adolescente tenha momentos de isolacionismo.

Alguns adolescentes pedem ajuda à psicologia, para que conversemos com seus pais, porque são tratados como crianças. Aliás, é bastante comum os pais que se esforçam para mantê-los crianças. E é nesse viés que trabalhamos com os adolescentes: a importância do auto-cuidado. Se querem independência, precisam ser responsáveis pelo seu tratamento. Precisam mostrar isso aos pais. É uma forma de comprometê-los no tratamento. A partir desse “acordo”, trabalhamos com o paciente e seus pais.

É no período da adolescência que a equipe costuma encontrar dificuldades com alguns pacientes que não aderem mais ao tratamento. Muitas vezes, a única transferência possível com eles é acolhê-los quando resolvem nos procurar, como um lugar protegido. Se a demanda é essa devemos sustentá-la, até que a transferência se efetue e ele próprio possa desejar se tratar. Nós, da equipe interdisciplinar, temos que aceitar que existe uma limitação no tratamento e essa limitação é dada também pelo paciente. Não podemos assumir a mesma postura de onipotência do adolescente.

No que tange à importância da participação dos pais no tratamento do paciente, partimos da concepção de Freud do significado que os filhos têm para os pais. “O amor dos pais, tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetal, inequivocamente revela sua natureza anterior” ⁽⁵⁾. Isso significa dizer que um filho é carregado de idealizações e portador dos sonhos parentais. Na realidade, o filho acaba sendo uma extensão deles.

Quando esse filho tão idealizado e imaginizado tem diabetes, os pais se vêem atingir direto no seu narcisismo. Essa criança torna-se, por um determinado tempo, um agente de frustração. É bastante comum eles se referirem ao filho como “quando ele era normal”, “antes dele ser doente”.

Na doença orgânica, esse corpo lesado é um obstáculo para o investimento dos pais. Em muitos casos, eles não conseguem investir narcisicamente nesse filho, que é algo fundamental para a estruturação psíquica. Não conseguem antecipar nada em relação ao futuro do filho, porque tem medo de vê-lo doente. Quando eles conseguem refazer o olhar desejante em relação ao filho, acontece um alívio e uma aceitação da sua doença.

É necessário ajudar os pais a fazerem o luto do filho imaginário pelo narcisismo deles, para aceitar o filho da realidade, ou seja, aquele que tem o diabetes. Aqui há um luto a fazer, o que de certa forma dá sentido às crises depressivas apresentadas pelos pais quando um filho é acometido de uma doença orgânica, especificamente nas mães dos pacientes com diabetes, quando do início da doença.

Se ampliarmos a nossa análise, perceberemos que a questão do luto não é uma tarefa somente para os pais de filhos acometidos de uma doença orgânica, e sim, de todos os pais. O filho, por ser depositário de um ideal de perfeição, jamais conseguirá satisfazê-los, pois sabemos que exatamente porque é idealizado, será impossível ser correspondido.

Percebemos que a forma como os pais lidam com o diabetes do filho é determinante na aceitação por parte do paciente ⁽⁶⁾. A realidade da doença mostra como ela é vivida pela família e pelo paciente. São as falas pronunciadas pelas pessoas do seu convívio a respeito da doença, que vão adquirir importância para o paciente. São essas falas ou a ausência delas que criam a dimensão da experiência vivida.

Devido à idade e às imposições do tratamento, há, por parte do paciente, uma estreita ligação de dependência dos pais. É deles que se espera proteção e estímulos que serão suportes necessários. Essa bagagem emocional será de extrema importância quando eles estiverem frente a exigências e problemas que se fizerem aparecer, neste caso, o diabetes.

No entanto, a prática clínica nos demonstra que muitos pais não estão preparados para exercerem essa função de referência, que é uma questão anterior ao diagnóstico do diabetes. Outros pais que até então conseguiam assumir essa função parental se desestabilizam com o surgimento do diabetes e ficam com dificuldades de saírem sozinhos desse lugar de impotência.

Então, o filho mostra o seu desamparo a partir de sintomas e na sua conduta com o tratamento do diabetes. É ele que de certa forma traz os pais para atendimento com a psicologia, como um pedido de auxílio. A maioria dos pacientes que chega para acompanhamento psicológico é em função da desestruturação dos pais, agravados por graves privações sociais e econômicas. Quase sempre numa família o diabetes atua acentuando os conflitos já existentes.

Obviamente, sabemos que há, por parte dos pais, sentimentos comuns em todas as doenças crônicas: superproteção, ansiedade, rejeição, aceitação tolerante ou não da doença, episódios depressivos, entre outros. Mas são sentimentos transitórios e, após um determinado tempo, os pais se reorganizam, sem necessitarem da ajuda externa.

Há uma certa movimentação desses pais e, conseqüentemente, do lugar desse filho que possibilitará a inserção no tratamento. Em muitos casos, há um reencontro dos pais com o filho, mesmo que, a princípio, esse novo olhar seja a partir da “doença”. Momentos difíceis podem levar a ótimos encontros. Quando os pais não conseguem fazer os rearranjos familiares por não terem recursos psíquicos para isso, certamente o filho com diabetes terá muitas dificuldades de lidar sozinho com as limitações da doença, pois será transferida para ele uma responsabilidade que ele talvez ainda não tenha.

Reconhecendo a importância da participação dos pais no tratamento dos pacientes, eles são escutados em suas angústias e dúvidas em relação à doença. Quando chegam ao atendimento, o pedido inicial dos pais é de que o paciente precisa de ajuda e passam a enumerar uma lista de queixas a respeito do filho “doente”. Quando apontamos o termo “doente” e os questionamos a respeito de como encaram o diagnóstico do filho, aparece um sofrimento muito grande.

A psicologia realiza um acompanhamento aos pais, a partir das questões apresentadas pelo paciente nos atendimentos individuais e nos grupo terapêuticos.

Recebem orientações quanto às questões subjetivas que atravessam o psiquismo do paciente, o sentido que eles podem estar dando à doença e, principalmente, no manejo com o filho. O atendimento aos pais permite a análise dos diversos fatores, que associados ao vínculo afetivo, favorecem ou dificultam o desenvolvimento do filho. Objetivamos mudanças nos investimentos que realizam com os filhos, na melhora dos sintomas e na adesão ao tratamento.

“O que se busca nessa escuta é colocar a palavra em circulação, resgatando sua função simbólica ⁽¹¹⁾. A palavra dos pais tem que ter um valor para os filhos. É ela que inaugura o simbólico onde serão regidas as leis e os limites que o paciente terá que aceitar. Se a palavra dos pais não tiver valor de verdade, o paciente cada vez usará mais a agressão, passando a valer mais o concreto e necessitará de mais atos transgressivos.

A partir dos atendimentos, os pais começam a prestar mais atenção no filho, na família e até na relação conjugal. Ao mostrarmos a sua importância, referendamos o lugar de cada um, a função enquanto cuidadores e, principalmente, a importância do limite na estruturação psíquica do filho.

Eles trazem como retorno que o filho não está tão desobediente, não está reclamando tanto para seguir as orientações. “Algo se movimenta na dinâmica familiar, e os pais se intrigam, afinal nada aconteceu, apenas conversas” ⁽¹¹⁾.

Em função do sentimento de pena, alguns pais se desinvestem da responsabilidade com o tratamento e não conseguem estabelecer limites de nenhuma ordem. Não existe autoridade por parte dos pais. Os pacientes não possuem limites quanto à alimentação, nem quanto às demais exigências do tratamento. Essa falta de limites é anterior ao diagnóstico do diabetes e ele pode ser agravado com o surgimento de uma doença que trata o tempo inteiro com limites. No momento em que os pacientes aceitam os limites impostos pelos pais, aceitam os limites impostos pela doença, e, conseqüentemente, a própria doença. Dessa forma, conseguem elaborar as perdas cometidas pelo diabetes.

Alguns pais superprotegem os filhos por um efeito compensador, pela culpa inconsciente que sentem pela raiva da “falha” deste filho. Vivenciam conflitos ambivalentes de rejeição e de superproteção, ou seja, de raiva e de amor. São dois investimentos que se ligam.

Observamos que há nesses pais, inconscientemente, uma sabotagem ao tratamento do filho, pelo incômodo que o tratamento acarreta, manifestado pelo esquecimento das consultas, pelas transgressões das condutas médicas justificadas pela insistência do filho, entre outras. Geralmente, são pais que encaram o aparecimento do diabetes como uma catástrofe.

A superproteção acaba tendo um efeito contrário ao proposto pelos pais. Percebemos que quanto maior é a proteção menor é o limite e mais dependentes deles o filho se torna. Se os pais o ensinam a se cuidar, o filho se torna mais independente, não necessitando que outros façam o que ele pode fazer por si mesmo. Parece que apesar de os pais falarem insistentemente sobre as condutas, o filho não os ouve no sentido de dar uma significação ao que eles lhe endereçam. Será que é por que transmitem para o filho um duplo sentido, não deixando claras as condutas a seguir no tratamento?

Habitualmente, as mães dos pacientes com diabetes acabam assumindo todos os cuidados do tratamento, estabelecendo um laço muito forte com o filho. A mãe abdica de qualquer outro interesse que não seja o filho, esquecendo inclusive dos demais. Ela passa, então, a viver o diabetes como se fosse dela, os cuidados com o filho aumentam, não tem vida própria, a não ser vivenciar a doença. Não raramente, esse investimento serve de pretexto às mães para não trabalharem fora, não ter vida social, lazer, para encobrir uma questão fóbica em relação ao mundo externo.

Na fala dessas mães, há uma inconsistência do lugar do pai, excluído, fragilizado ou desvalorizado. É estabelecida uma relação simbiótica onde não há espaço para o filho se subjetivar, ter autonomia, gerando nele um sentimento de desvalia e de incapacidade. Por isso, a participação do pai, direta ou indiretamente, no tratamento do filho, é necessária para facilitar ou diminuir essa intensa relação.

Outra questão que merece uma atenção especial no tratamento do diabetes é o plano alimentar, responsável pela maior queixa dos pacientes. Segundo eles, a parte mais difícil de ter o diabetes é seguir um plano alimentar balanceado. A alimentação deixa de ser uma função normal e passa a ser uma obrigação e uma limitação.

Parece haver nos pacientes com diabetes, uma voracidade e uma compulsão a comer que os inviabilizam a seguir as orientações alimentares. Costumam comer escondidos, ocasionando, em alguns pacientes, uma intensa culpa, e com isso, formando-se um ciclo difícil de ser rompido: compulsão -- culpa -- ansiedade -- compulsão.

O alimento possui uma significação mais abrangente e não se limita a seus nutrientes e a uma necessidade fisiológica. Os alimentos carregam em si, uma carga de símbolos, crenças e significados. O nosso apetite está associado a aspectos emocionais, envolvendo emoções e sentimentos.

Talvez a primeira questão a pensar é que o alimento é o representante máximo do amor materno. O alimento enquanto extensão do corpo materno e de seus atributos. É pela boca que as mães costumam transmitir o seu afeto. Se voltarmos ao bebê na sua relação com a amamentação, sabemos, a partir de Freud, que o desmame é uma perda inconsolável. A avidez pelo alimento é insaciável, porque está para além do alimento. Está para a relação corpo a corpo com a mãe, quer dizer que a alimentação tem uma vinculação com a infância, pela via da regressão ⁽⁵⁾.

Felice fala em “fome afetiva”. Para ela, é através da oferta do alimento que inicialmente a mãe demonstra o seu amor ao filho ⁽¹²⁾. A autora refere que Winicott acredita que “Na criança voraz existe algum grau de privação e uma certa compulsão ligada à busca de uma terapia no meio ambiente para essa privação. O sintoma de voracidade indica que houve uma falha inicial de adaptação às necessidades de ego do bebê, um fracasso do amor materno” ⁽⁹⁾.

Quanto aos pais dos pacientes com diabetes, sentem-se mesquinhos em ter que “negar” comida aos filhos. Na fala das mães, aparece a tristeza que sentem por não poderem “saciar” os filhos com todos os alimentos que eles gostam, principalmente os pratos feitos com açúcar. São os doces que representam a doçura materna, ou seja, os pacientes com diabetes sofrem de uma carência de açúcar na boca e, simbolicamente, de uma carência dos atributos maternos.

Parece que nesses pacientes todas as carências se deslocam para a boca. “A boca tem função dupla. Ao mesmo tempo que se abre para a ingestão do objeto que vai suprir a necessidade, qual seja, o alimento, ela propicia uma certa satisfação, colocando um desejo em cena... De fato, não se trata do alimento. Trata-se de outra coisa, cujo lugar é ocupado pelo alimento...”⁽¹³⁾.

Sabemos, pela psicanálise, que o desejo é da ordem da falta. Desejamos o que não temos. É comum os pacientes referirem que antes do diabetes não gostavam tanto de doce, mas agora que é proibido, desejam. É difícil para eles conterem a impulsividade e lidarem com a ambivalência entre o desejo de comer e o que deve ser feito. Então, há a necessidade de que as carências retornem a seus lugares, para serem tratadas, e que o alimento possa ser menos utilizado para aliviar as insatisfações da vida.

Constatamos que apesar da dieta alimentar ser referida como a pior parte do tratamento do diabetes, não é significativo na população atendida neste local que haja casos de graves transtornos alimentares, tais como anorexia, bulimia e obesidade mórbida. A grande maioria está situada em um nível aceitável do ponto de vista do peso corporal. No entanto, este fato é relatado na literatura, e que meninas com diabetes têm mais transtornos alimentares.

A questão que consideramos mais grave é que os erros alimentares associados a não realização de nenhuma atividade física e as omissões de aplicação de insulina, tornam-se a principal causa da descompensação do diabetes e suas complicações como, por exemplo, a cetoacidose, levando o paciente a internações hospitalares.

Constatamos a partir de nossa escuta que para alguns pacientes somente a orientação não basta já que depende de fatores internos. De acordo com o que Freud nos revela, a estrutura psíquica do ser humano, constitui-se não só pelas ações e pensamentos conscientes, mas também, pelas ações inconscientes que se manifestam sem o nosso controle e que são responsáveis por muitos dos nossos comportamentos e de nossos conflitos emocionais⁽⁵⁾. É essa verdade inconsciente que é responsável pelos posicionamentos ambivalentes e contraditórios do paciente com diabetes.

É bastante comum os pacientes se questionarem a respeito do por que do surgimento da doença. Revoltam-se, e buscam um culpado, para aliviar as angústias decorrentes da doença e da culpa que inconscientemente sentem pelo seu surgimento. O que poderiam ter feito para evitar. Para dar um sentido a isso criam teorias próprias e na tentativa de integrar essas fantasias inconscientes com a realidade externa, ou seja, a do tratamento proposto, o paciente é acometido de muita ansiedade que o impede de escutar as orientações da equipe e de valorizar e compreender o que é dito; por isso, há um desencontro entre as suas atitudes e o que é proposto no tratamento. De fato, não basta somente ter consciência da doença e das suas repercussões, porque toda a doença orgânica tem implicações psíquicas no paciente e, portanto, atinge o emocional indo além dos processos cognitivos⁽³⁾.

Precisamos compreender que as constantes recaídas e desequilíbrios dos pacientes podem ser transitórias e necessárias para que eles possam se adaptar à nova situação e, então, aceitar a doença. São movimentos progressivos e regressivos que marcam todo o desenvolvimento do ser humano.

Lembramos do caso de uma paciente que burlava o tratamento e com seis anos de diabetes, já havia recebido todas as orientações possíveis sobre o plano alimentar. Estando em um momento diferenciado no seu tratamento psicológico refere que havia perguntado à nutricionista: “O que eu posso e o que eu não posso comer?” Esse recorte nos mostra que neste momento ela pôde ouvir e escutar a orientação, porque precisou primeiro ultrapassar obstáculos internos que a impediam de escutar. Agora sim, ela queria saber.

Observamos que os quadros mais graves de diabetes estão associados a pacientes com distúrbios psiquiátricos. Geralmente são adolescentes e adultos jovens com quadros de depressão, ocasionando um mau controle glicêmico e uma gravidade das complicações clínicas, gerando uma piora na qualidade de vida do paciente.

Kamali considera que a depressão aumenta os riscos das complicações do diabetes, que aparecerão mais cedo do que o esperado, e

que a terapia medicamentosa associada ao acompanhamento psicológico, para resolução dos conflitos existentes, favorece a melhora do controle glicêmico⁽¹⁴⁾.

“Apesar da qualidade do tratamento médico a ser efetuado por conta própria, nunca haverá garantia de proteção contra os mal-estares hipo ou hiperglicêmicos, que podem conforme o caso dar ensejo a um coma. É dizer que a doença constitui em si mesma uma carga muito pesada para seu portador; carga que pode se revestir de um aspecto traumático secundário para o paciente e para o seu meio”⁽³⁾.

A partir dessa citação, temos a dimensão dos efeitos a que estão submetidos os pacientes e seus cuidadores.

Sabemos que apesar da singularidade de cada paciente com diabetes ao receber o diagnóstico, características psicológicas comuns são observadas e uma variedade grande de sentimentos são despertados, como a raiva, a negação, o sentimento de inferioridade, o isolamento, a tristeza, a crise de choro, o medo de morrer e do futuro e até depressão. A intensidade desses sentimentos, depende dos recursos internos do paciente e da forma como a família lida com a doença. Essas fases quase sempre são dinâmicas e alternadas. Os pacientes, aos poucos, conseguem se reestruturar internamente e iniciam um processo de aprendizagem para lidar com o seu diabetes podendo criar algo mais positivo a partir da doença.

Constatamos que a maioria dos pacientes costuma falar do diabetes de forma simples, como algo indesejável, mas que terão de conviver. Eles afirmam que as suas relações interpessoais não ficam abaladas pelo diabetes, e que não deixam de ter os mesmos programas dos amigos, claro que com as limitações da doença. Colocam a dificuldade em seguir o plano alimentar e revoltam-se com essa limitação. Contudo, consideramos importante que haja um espaço para a manifestação dessa revolta, pois é esse desabafo que os ajudará a elaborar e aceitar o diabetes. Se ficarem somente no entendimento racional da doença, os sentimentos ficarão recalçados e retornarão em outras situações de forma mais contundente e carregadas de afetos inconscientes de difícil elaboração.

“Tanto Ajuriaguerra (1976), quanto Vale e colaboradores (1979) parecem fundamentar o desabafo de uma criança quando afirmam que as modificações na glicemia e na evolução da doença de maneira geral, podem ser causadas por fatores emocionais e afetivos”^(4,15).

Essa questão se repete na fala dos pacientes e dos cuidadores. Eles afirmam que, se estão “nervosos”, há uma alteração na glicose, mesmo tendo seguido as orientações da equipe. Quando lhes sugerimos que isso é possível, verifica-se um efeito tranquilizador. Nesse momento, oferecemos a possibilidade de tratar o porquê desse “nervosismo”.

Lidar com uma doença crônica exige que o paciente faça uso de recursos psíquicos, para que possa lançar mão de estratégias para enfrentar a doença e minimizar os seus efeitos. Esses efeitos não são semelhantes e a forma de expressão está ligada à história pessoal de cada um. Partindo deste ponto de vista, o enfrentamento da doença pode se dar pela aceitação das limitações impostas e a doença ter um lugar limitado e controlável. Não aceitando a doença nem o seu tratamento, o diabetes passa então a ser vivido como uma perda do seu próprio EU, gerando uma descompensação da doença.

As reações que cada paciente apresenta e o sentido que ele dá à doença, revelam a estrutura psíquica em que ele se organizou e que determina, junto a outros fatores, a forma como cada um coloca-se frente à necessidade de enfrentamento da doença. Aliás, o que determina a estrutura psíquica é a forma como enfrentamos a nossa condição de seres incompletos e dependentes, que somos ao nascer. Dependemos do investimento de um outro que nos cuide e nos insira no mundo⁽⁵⁾. A partir das marcas deste Outro, vamos adquirindo os recursos para enfrentarmos os desafios do viver. Partindo dessa carência constitucional, construímos o nosso mundo. Para o paciente com diabetes, a diferença está no diagnóstico, mas por natureza para todos nós há algo que nos faz ser diferente e com insuficiências.

Nessa perspectiva, temos que ter um cuidado para não reduzir o paciente com diabetes ao seu diagnóstico. Não tomar a parte pelo todo. Antes de ter diabetes, ele é um sujeito com marcas da sua história e não somente um corpo. “Mesmo na criança pequena existe

uma história que o antecede na família e que influencia em muito o seu desenvolvimento futuro, pois antes mesmo de nascer ele já existe no inconsciente materno enquanto objeto de desejo, inserido ou não nos projetos parentais”⁽¹⁶⁾.

CONCLUSÃO

No acompanhamento psicológico ao paciente com diabetes, tratamos de questões que são de cada um de nós, independente do nosso diagnóstico, ou seja, aprender a lidar com as limitações que a vida nos impõe, aceitar o que não é compreensível, respeitando as forças do inconsciente humano (5). Os problemas estão presentes na vida de todo ser humano, em maior ou menor grau. Sempre haverá escolhas a fazer, limites a vencer. A tarefa é superar esses problemas e conviver com os mesmos. É o trabalho que todo ser humano se defronta para tornar-se adulto e continuar vivendo.

Segundo Figueiredo, abrir a possibilidade de um destino em aberto em lugar de um destino fechado é sustentar um rumo diferente, é uma forma de capacitar o paciente a enfrentar a vida, possibilitando novos recomeços⁽¹⁷⁾. Encorajá-los a levarem uma vida normal respeitando as suas possibilidades e limitações, pois o diabetes é uma doença limitante, mas não é incapacitante.

Enfim, que os pacientes possam contar com o apoio dos pais, dos amigos e dos profissionais de saúde que são pessoas capacitadas para os ajudarem a enfrentar o diabetes, aderir ao tratamento, ter a doença controlada e assim evitar as complicações, que é o nosso grande objetivo.

Para concluir, gostaríamos de mencionar uma citação que Freud fez do poeta Rückert: “O que não se pode alcançar voando, deve-se alcançar mancando”. Ela nos faz pensar no respeito que devemos ter pelo paciente com diabetes. Por se tratar de uma doença do dia a dia, ele necessita um esforço diário para lidar com as limitações e as adversidades do seu diabetes. São verdadeiros guerreiros. E que possamos sempre valorizar cada movimento que ele possa fazer, por menor que possa nos parecer.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Dr. Balduino Tschiedel e a Equipe Técnica do Instituto da Criança com Diabetes pela interlocução e incentivo à capacitação profissional, ao Dr. Luis Ziegelmann pelo reconhecimento e, em especial, a Dra. Márcia K. C. Punães pelo inestimável apoio afetivo e científico na produção desse artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ZAGURY, L., ZAGURY, T. & GUIDACCI, J. (2000). Diabetes sem medo, RJ: Editora Rocco. 1ª edição.
- 2- GAMA, M. P.R. (2002). Do milagre canadense do século XX às esperanças de cura do século XXI (editorial). *Endocrinologia & Diabetes clínica e Experimental*, 2 (2), 3-5.
- 3- DEBRAY R. O equilíbrio psicossomático e um estudo sobre diabéticos. Editora Casa do psicólogo, SP, 1995. 1ª edição.
- 4- AJURIAGUERRA, J. De (1976). Manual de Psiquiatria infantil (2ª edição). RJ: Masson do Brasil
- 5- FREUD S. Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise. In: Obras completas, RJ, edição Standart, vol. XXII e Sobre o narcisismo: uma introdução In: Obras completas, RJ, Edição Standart, vol. XIV.
- 6- MARCELINO DB; MDB. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. In: *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol. 18, POA, 2005, pág. 1-12. Acesso em 20-05-2006.
- 7- DOR J. Clínica Psicanalítica. Editora Artes Médicas, POA, 1996, 1ª edição.

- 8- MANNONI M. A criança sua “doença” e os Outros. Via Lettera editora e Livraria, SP, 1999. 2ª edição.
- 9- WINNICOTT DW. O Brincar & a Realidade. Imago editora Ltda, RJ, 1971. 1ª edição.
- 10- Associação psicanalítica de Porto Alegre. Adolescência entre o passado e o futuro. Editora Artes e ofícios, POA, 1999. 1ª edição.
- 11- SILVA IP. Psicanálise de crianças na instituição pública: Direção da cura ou Direção do Paciente? In: Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Variantes da Cura. Editora Artes e Ofícios, POA, 2003, pág. 28-38. 1ª edição
- 12- FELICE EM. O lugar do Brincar na Psicanálise de crianças. In: Revista Psicologia Teoria e Prática, 2003, pág. 71-79. Acesso 20-05-06.
- 13- LACAN JACQUES, 1958, “A significação do falo” in Escritos, RJ: Jorge Zahar, 1998. 1ª edição.
- 14- KAMALI M; GUTHRIE E. Psychological Factors and glycoemic Control. In: GILL, GEFF. Unstable and Brittle diabetes. London; Taylor & Francis, 2004, pág. 115-134.
- 15- VALE, P. R. do, ORNELLAS, L.H. & FRANCO, Z. (1979). Viva em paz com o seu diabetes (2ª edição). RJ: Atheneu
- 16- CAMAROTTI MC. De braços vazios: uma separação precoce. In: A Clínica com o bebê. Editora Casa do Psicólogo, SP, 2000. Pág. 49-62. 1ª edição.
- 17- FIGUEIREDO AC. Vastas confusões e atendimentos imperfeitos. A clínica psicanalítica no âmbito público, Editora Relumê Dumará, RJ, 1997. 1ª edição.

Correspondência: Instituto da Criança com Diabetes: Rua Álvares Cabral, 529, Cristo Redentor, Porto Alegre-RS. CEP 91350-250. e-mail: ana.fer@terra

ORTODONTIA E CIRURGIA ORTOGNÁTICA ASSOCIADAS À RINOPLASTIA – RELATO DE CASO

Orthodontics And Orthognathic Surgery Associated With Rynoplasty – Case Report

Éber Luís de Lima Stevão*

RESUMO

Na cirurgia bucomaxilofacial contemporânea, e especialmente numa das suas sub-especialidades onde a cirurgia ortognática se enquadra, a correção dos aspectos funcionais das deformidades dentofaciais deve ser o foco principal dos profissionais que atuam nessa área. Porém, se a estética facial não for melhorada no tratamento orto-cirúrgico, com certeza a insatisfação do paciente pode ser um problema sério para ambos, cirurgião e ortodontista. A rinoplastia concomitante à cirurgia ortognática traz resultados muitos satisfatórios, porém a curva de aprendizado para esse tipo de cirurgia da face requer tempo, dedicação e conhecimentos técnicos indispensáveis.

Descritores: deformidades dentofaciais, cirurgia ortognática, rinoplastia, estética facial.

ABSTRACT

The contemporary oral and maxillofacial surgery, specially in orthognathic surgery, correcting the functional aspects of dentofacial deformities must be the center of the practice of those professionals dealing with patients in this field, but if the aesthetic outcome is not ameliorated with the orthodontic and surgical procedures patient dissatisfaction can be a grave problem for both surgeon and orthodontist. Rhinoplasty concomitantly performed with orthognathic surgery brings good results, but the learning curve for this type of facial surgery requires time, indispensable dedication and technical knowledge.

Keywords: dentofacial deformities, orthognathic surgery, rhinoplasty, facial aesthetics.

INTRODUÇÃO

Muitos procedimentos adjuntos de tecidos moles podem ser empregados para melhorar a função e estética facial nos casos de cirurgia ortognática ou até mesmo vencer os efeitos deletérios das movimentações maxilo-mandibulares.

Procedimentos adjuntos que são incluídos no planejamento da cirurgia ortognática incluem, lipectomia submentoniana, mentoplastia, inclusões do sulco nasogeniano, ressecção da bola adiposa de Bichat, rinoplastia, como revisto por Colombini e D'Azevedo¹, além do aumento da região zigomática e ângulo goníaco através de próteses, da septoplastia, turbinectomia, adenoidectomia, osteoplastia da espinha nasal anterior, aumento labial, reparo da base da columela, entre outros. Aproximadamente, 80% dos pacientes com deformidades envolvendo o terço médio facial possuem algum tipo de alteração nasal (interna e/ou externa) ou da sua base.

As indicações e vantagens dessa combinação cirúrgica incluem os seguintes aspectos:

1. Deformidades congênitas, laterorinina, avanço funcional da cartilagem nasal, seqüela de trauma nasal, etc.;

2. Alguns tipos de procedimentos da cirurgia ortognática produzem efeitos contralaterais deletérios. Por exemplo, a impacção da maxila ou o seu avanço produzirão alargamento da base nasal, projeção e giro anti-horário da ponta nasal, encurtamento do lábio superior e realce da depressão logo acima do “tip” nasal;

3. Caso a mudança rinoplástica esteja indicada ou seja desejada pelo paciente, como por exemplo nos casos de rinoescoliose, somente 1 procedimento anestésico-cirúrgico será necessário ao invés de 2;

4. A combinação desses procedimentos significa menos anestesia total e custos para o paciente, pois o paciente submete-se a somente uma anestesia e internação hospitalares.

5. As medicações, os edemas e hematomas previstos no pós-operatório são limitados a um único momento.

Mesmo que a rinoplastia seja executada concomitantemente a outros procedimentos de cirurgia ortognática, terá dois objetivos claros: um é funcional e o outro é estético. Os dois são importantes. Um nariz que não funciona adequadamente, normalmente está desviado e ainda um nariz deformado pode causar sérios problemas psicológicos para o paciente. A função nasal é determinada pela forma, portanto existe uma forma de nariz que faz dele funcional. Se a forma determina a função e vice-versa é preciso que o cirurgião esteja qualificado para operar o nariz na sua integralidade; internamente, o septo e os cornetos inferiores e, externamente, os ossos próprios do nariz e as cartilagens.

Logicamente que para todo e qualquer procedimento cirúrgico também existem desvantagens e a cirurgia ortognática sendo executada em conjunto com a rinoplastia reconstrutiva não é a exceção. As desvantagens mais comuns que podem ser citadas incluem o comprometimento em potencial do fluxo nasal,

Devido a falta de familiaridade do cirurgião com esses procedimentos combinados, a rinoplastia, quando cogitada, deve ser recomendada como um procedimento secundário num outro estágio. Contudo, Waite, Matukas e Sarver² em seu trabalho de pesquisa, afirmaram que 80% dos pacientes entrevistados após cirurgia ortognática e rinoplástica disseram que nunca aceitariam fazer a rinoplastia num outro estágio. Assim sendo, parece que mesmo com as desvantagens em

*Ex-residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Cristo Redentor em Porto Alegre – RS, Doutor em Cirurgia Bucomaxilofacial; Pós-Doutorado Baylor College of Dentistry em Dallas, Texas - EUA; Fellow em CTBMF Baylor University Medical Center em Dallas, Texas – EUA; Membro efetivo da Sociedade Norte-Americana dos Cirurgiões da ATM – ASTMJS; Consultor para América do Sul da TMJ Concepts Solutions Inc.; clínica privada em Curitiba – PR www.eberstevao.odo.br

potencial desses procedimentos combinados, os benefícios superaram em muito esses contratempos.

O componente mais importante da rinoplastia simultânea à ortognática é o uso da fixação rígida. Obviamente se a fixação maxilomandibular for empregada pelo uso de fixação óssea semi-rígida, a cirurgia simultânea é impossível, segundo Sarver³. Outro aspecto é a segmentação alta da maxila próxima à abertura piriforme e a colocação da placa muito alta junto ao processo frontal da maxila, dificultando a dissecação e osteotomia lateral durante o procedimento de rinoplastia.

Empregando a fixação óssea rígida, a anestesia geral é executada via intubação nasotraqueal para as osteotomias maxilar e mandibular e depois transformada em intubação orotraqueal para a rinoplastia via manobra retrógrada. A conversão do tubo endotraqueal pode ser efetivamente executada sem a extubação do paciente, cujo procedimento pode ser denominado de “eversão do tubo” ou “passagem retrógrada da cânula”. A sequência se dá da seguinte forma: um vez que a fixação rígida das arcadas estejam completadas e os tecidos moles suturados, o tubo nasal é desconectado da ventilação, o cirurgião abre a cavidade bucal do paciente, remove tampão orotraqueal, aspira o cavum e apanha a cânula traqueal com uma pinça que não cause sua perfuração. Essa cânula é puxada pela cavidade bucal com o auxílio empurrando e direcionando a cânula via nasal. Por isso os nomes dados a essa manobra. Assim que o tubo endotraqueal é totalmente exteriorizado, ele é reconectado à ventilação. Na experiência do autor ELLS, toda essa manobra não demora mais do que 40 segundos. Logo após, o cirurgião pode voltar sua atenção para a rinoplastia ou outro procedimento adjunto de tecido mole que deva ser executado por último.

Em casos de cirurgia mandibular e rinoplastia, acredita-se que não existam contra-indicações para essas cirurgias simultâneas, uma vez que o nariz não é em nada afetado por qualquer edema pós-operatório ou movimento esquelético. Porém, a rinoplastia associada à osteotomia mandibular deve ser considerada um procedimento estético caso não exista um problema funcional associado, tal como o desvio de septo.

Os procedimentos de cirurgia ortognática envolvem osteotomia da maxila (segmentada ou não), mandíbula (segmentada ou não), mento, consequentemente, alterando ou não o plano oclusal, dependendo se ambas arcadas são operadas.

A alteração do plano oclusal em pacientes do tipo braqui e dolicofaciais, através do aumento e diminuição da sua angulação respectivamente, dão um resultado estético muito satisfatório, pois o paciente passa a ter uma característica mais mesofacial, como bem descrito por Wolford, Chemello e Hilliard⁴; Chemello, Wolford e Buschang⁵.

A mentoplastia que emprega a técnica Tenon e Mortise foi descrita por Wolford, Bates⁶ e tem um papel importante não só na estética do terço inferior da face, mas também funcional, pois uma genioplastia de avanço traciona anteriormente a musculatura suprahioideia e, consequentemente, infrahioideia, abrindo o espaço faríngeo. Essa abertura do espaço faríngeo pode representar muito em qualidade de vida e saúde para aquele paciente portador da Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono ou que somente apresenta episódios de hipoapnéia noturna, como afirmado por Stevão⁷.

OBJETIVO

A proposta deste artigo é apresentar um caso onde foi executada ortodontia, cirurgia ortognática com fixação rígida (osteotomia de maxila segmentada, osteotomia mandibular, mentoplastia) associada a cirurgia nasal estética e funcional (rinoplastia, turbinectomia inferior bilateral e septoplastia parcial), mostrando a viabilidade desse tipo de conduta e os resultados obtidos.

RELATO DE CASO

Uma excelente ilustração dos procedimentos adjuntos de tecidos moles incorporados no tratamento das deformidades dentofaciais é mostrada nas figuras 1A-1G. Essa paciente L.A.C. de 31 anos de idade, foi encaminhada para tratamento cirúrgico pelo ortodontista José Antônio Bósio, diplomado pelo Board Norte-Americano de Ortodontia (ABO), devido a sua oclusão Classe II dento-esquelética e deformidade expressa na sua face curta. Ela estava preocupada com sua mordida errada (oclusão Classe II de Angle) e seu sorriso “gingival” resultado

de a) excesso vertical de maxila e b) deficiência ântero-posterior de mandíbula. Contudo, outros problemas foram identificados como: c) macrogenia ântero-posterior, d) excesso de Pogônio mole, e) desvios das linhas médias dentárias maxilar e mandibular, f) deformidade nasal, g) deformidade da base da columela, h) lábio superior diminuído e de pouca expressão e i) hiperatividade da musculatura mentoniana. Ela tinha um padrão braquicefacial e incompetência labial de aproximadamente 10mm e um perfil reto quase côncavo com um dorso nasal proeminente e ponta nasal posicionada inferiormente devido ao ângulo naso-labial diminuído. A mandíbula, pouco projetada relativamente ao restante do viscerocrânio, resultando num curto comprimento da linha queixo-pescoço resultando em flacidez do tecido mole na região supra-hioideia.



Aspecto da face numa vista frontal, mostrando excesso vertical da maxila com exposição aumentada dos incisivos superiores.



Aspecto da face numa vista lateral direita, mostrando stomion aumentado, projeção nasal e do mento, deformidade nasal externa.



Aspecto da oclusão numa vista frontal, mostrando a falta de contato entre as faces palatinas dos incisivos superiores e face vestibular dos incisivos inferiores, devido à oclusão Classe II. Arco dentário maxilar alinhado e nivelado pela ortodontia de forma segmentada.



Aspecto da oclusão numa vista frontal, mostrando a falta de contato entre as faces palatinas dos incisivos superiores e face vestibular dos incisivos inferiores, devido à oclusão Classe II. Arco dentário maxilar alinhado e nivelado de forma segmentada.



Aspecto da oclusão numa vista frontal, mostrando a falta de contato entre as faces palatinas dos incisivos superiores e face vestibular dos incisivos inferiores, devido à oclusão Classe II. Arco dentário maxilar alinhado e nivelado de forma segmentada.



Aspecto pré-operatório do terço médio facial lado direito. Reparar o dorso nasal e a diminuição do ângulo naso-labial, com a ponta nasal “caída”.



Aspecto pré-operatório do terço médio facial, mostrando uma visão inferior do nariz. Reparar a ponta nasal bulbosa e a deformidade da columela, em formato triangular.

O preparo ortodôntico consistiu no alinhamento e nivelamento dos segmentos dentários sem a preocupação em corrigir o ângulo .1/NA, pois toda a pré-maxila seria rodada no sentido horário após a segmentação maxilar, abertura de espaço entre incisivos laterais e caninos superiores para a osteotomia segmentar. No preparo ortodôntico final para a cirurgia, Kobayashis foram dispostos em todos os elementos dentários não bandados e naqueles cujos bráquetes não apresentavam braço de força. Depois do preparo ortodôntico, o plano cirúrgico executado através do traçado predictivo, consistiu em: a) segmentação da maxila em 3 partes com avanço de 4,5mm e seu reposicionamento superior de 5mm; b) remoção de 6mm da espinha nasal anterior; c) reposicionamento mais vertical da pré-maxila sendo afastada aproximadamente 4mm dos segmentos posteriores na junção da rafe palatina mediana; d) avanço mandibular de 6mm; e) recuo do mento de 2mm e seu reposicionamento superior de 1mm; f) giro no sentido horário do complexo maxilo-mandibular para aumentar o plano oclusal em 5 graus; g) a exposição gengival de aproximadamente 5mm corrigida com um aumento adicional do lábio superior de 3mm através da sutura tipo V-Y; h) rinoplastia estético-funcional; i) septoplastia parcial e j) turbinectomia inferior bilateral.

Uma das vantagens da combinação da rinoplastia com a osteotomia maxilar segmentada é que a rinoplastia “desesqueletiza” a base do nariz, permitindo que a queiloplastia em V-Y aumente efetivamente o filtro e a espessura e comprimento do lábio superior. A orientação da sutura da incisão para acesso Le Fort I diminui o excessivo efeito cortina do lábio e aumenta a anatomia de descanso do lábio superior. O avanço de ambas as arcadas com sua rotação no sentido horário mantém a oclusão dentária e provê uma projeção ainda maior do terço inferior da face, aumenta o comprimento queixo-pescoço resultando num maior suporte para os tecidos moles de toda a face, gerando um aspecto de “lifting” facial, além do preenchimento da região zigomática. Esse “estiramento” dos tecidos moles é desejável para antecipar as mudanças do envelhecimento da próxima década. A face passa de braqui para uma característica mais mesofacial.

O mento foi movimentado superiormente e reduzido no sentido ântero-posterior através de osteotomia com técnica Tenon e Mortise descrita por Wolford e Bates⁶, para reduzir a projeção do pogônio, com sutura da musculatura mentoniana junto ao tecido ósseo com fio não-reabsorvível para diminuir o pogônio mole, resultando em maior apertamento ao lábio inferior e uma maior harmonia entre lábio inferior e mento.



Aspecto pós-operatório da face numa vista frontal. Reparar a melhora da harmonia e simetria, dando uma maior suavidade facial.



Aspecto pós-operatório da face numa vista lateral direita, mostrando uma maior proporcionalidade dos terços faciais.



Aspecto pós-operatório intrabucal frontal.



Aspecto pós-operatório intrabucal lado direito com contenção mantida entre segundo pré-molar inferior e primeiro molar.



Aspecto pós-operatório intrabucal lado esquerdo, com contenção mantida entre segundo pré-molar inferior, primeiro e segundo molares.



Aspecto pós-operatório do terço médio facial, lado direito. Houve melhora do dorso e posicionamento superior da ponta nasal. Repare a projeção adequada do terço médio facial, com harmonia entre nariz e lábios.



Aspecto pós-operatório da face, mostrando uma visão inferior do nariz. Boa inserção da base nasal, columela corrigida, além da diminuição da ponta nasal.

DISCUSSÃO

A rinoplastia deverá ser executada num mesmo tempo cirúrgico quando o cirurgião tem familiaridade com procedimentos adjuntos combinados com a cirurgia ortognática, como muito bem exemplificado em caso clínico por Colombini e D'Azevedo¹, pois parece que mesmo com as desvantagens em potencial desses procedimentos combinados, os benefícios superam em muito os contratempos. Talvez esse seja o motivo encontrado por Waite, Matukas e Sarver² em 80% dos seus pacientes que não aceitariam a rinoplastia num segundo tempo cirúrgico. Porém, deve-se ressaltar que talvez muitos pacientes não se submeteriam a um novo procedimento cirúrgico na face, num segundo tempo, devido à extensão da cirurgia ortognática e todo o desconforto imposto no pós-operatório.

O resultado após 1 ano e 10 meses de pós-operatório (Figuras 2A-2G) mostra uma boa melhora nas proporções faciais e na oclusão dentária. Competência total dos lábios foi alcançada surpreendendo até mesmo devido à grande incompetência labial encontrada antes do tratamento. A exposição gengival não existe e o sorriso é suave, com feminilidade na expressão de satisfação da paciente pelo resultado obtido, bem como aparência nasal que não caracteriza uma nariz “operado”, patognomônico de uma rinoplastia vigorosa. A oclusão dentária mais adequada.

Pacientes com o aspecto facial como o da paciente aqui apresentado, braquifaciais, podem ter uma modificação significativa através do aumento da angulação do plano oclusal, com resultados estéticos muito favoráveis, assim como relato por Wolford, Chemello e Hilliard⁴; Chemello, Wolford e Buschang⁵.

Apesar de Colombini e D'Azevedo¹ enquadrarem a mentoplastia associada à cirurgia ortognática como uma cirurgia estética da face para melhora do contorno facial, discordamos veementemente, pois esse é um conceito parcial da realidade e também ultrapassado. A alteração anterior ou posterior do posicionamento do mento ósseo irá modular em conjunto a musculatura suprahioidéia, aumentando ou diminuindo o espaço faríngeo, respectivamente, devido ao tracionamento do feixe anterior do músculo digástrico. Isso tem um reflexo muito grande na qualidade respiratória do paciente, principalmente daqueles portadores de hipoapnéia ou apnéia noturna. A genioplastia é até mesmo indicada em conjunto com outros procedimentos de cirurgia ortognática para tratamento definitivo da Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono, como mostrado por Stevão⁸. Portanto, entendemos que a mentoplastia é um procedimento estético-funcional, obrigatoriamente.

CONCLUSÕES

Apesar de não podemos esquecer daquilo que Aufricht disse: a rinoplastia é "...uma operação fácil de se realizar, mas é difícil obter bons resultados", certamente a rinoplastia corretiva associada à cirurgia ortognática traz resultados sempre muito mais aceitáveis do que a alta expectativa que o paciente tem quando a cirurgia estética nasal é realizada isoladamente.

Há poucos anos temos incorporado as técnicas da cirurgia plástica dentro da cirurgia ortognática. O entendimento mútuo daquilo que cada disciplina tem a oferecer para o paciente no processo de alcançar resultados funcionais e estéticos aceitáveis é crítico no planejamento

do tratamento. A coordenação e o tempo do procedimento cirúrgico requer excelente comunicação e cooperação entre todos os profissionais normalmente envolvidos no atendimento da cirurgia ortognática, a saber ortodontista, cirurgião bucomaxilofacial, clínico geral entre outros.

A curva de aprendizagem para este nível de procedimento cirúrgico complexo requer tempo e comprometimento do cirurgião bucomaxilofacial, mas sem dúvida alguma, vale o esforço do profissional.

AGRADECIMENTO

O tratamento ortodôntico foi realizado pelo especialista em Ortodontia José Antônio Bósio, Curitiba - PR.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colombini NEP, D'Azevedo WB. Técnica cirúrgica aplicada às osteotomias do terço médio da face e da mandíbula. In: Colombini NEP. Cirurgia da Face – Interpretação funcional e estética. Volume III, Revinter 2002. p.1061-1123.
2. Waite PM, Matukas VJ, Sarver DM. Simultaneous rhinoplasty and orthognathic surgery. Int J Oral Maxillofac Surg 1997;17:298-302.
3. Sarver DM. Esthetic orthodontics and orthognathic surgery. St. Louis: Mosby; 1997.
4. Wolford LM, Chemello PD, Hilliard F. Occlusal plane alteration in orthognathic surgery - Part I: Effects on function and esthetics. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1994; Sept;106(3):304-16.
5. Chemello PD, Wolford LM, Buschang PH. Occlusal plane alteration in orthognathic surgery -Part II: Long-term stability of results. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1994; Oct;106(4):434-40.

6. Wolford LM, Bates JD. Surgical modification for the correction of chin deformities. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1988;66:279-86.

7. Stevão ELL. Técnicas de genioplastia para múltiplos propósitos – parte II – revisão da literatura. Rev Int Cir Traumatol Bucocomaxilofacial 2005; 3(11/12):117-85.

8. Stevão ELL. Técnicas de genioplastia para múltiplos propósitos – parte I – revisão da literatura. Rev Int Cir Traumatol Bucocomaxilofacial 2006; 4(13):71-79.

Endereço do autor correspondente:
Rua Buenos Aires 444 cj. 115 Batel
Curitiba – PR 80250-070
E-mail: eberstevao@yahoo.com / stevaoodontologia@yahoo.com

DEFINIÇÃO DA SEXUALIDADE: ACONTECE NA INFÂNCIA?

Sexuality definition: does it happen in childhood?

Caroline Brum de Oliveira* Cristiane Rech Rosa* Tatiana Bonatto* Viviane Jacques Sapiro**

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo possibilitar uma reflexão teórico-clínica a cerca de uma intervenção realizada durante a prática psicológica no estágio profissional no Hospital da Criança Conceição. Pretende-se pensar sobre a estruturação psíquica de um paciente e a avaliação da evolução de seu atendimento, bem como refletir sobre a implicação do estagiário de psicologia no que concerne ao fazer psicológico dentro da instituição. Para instrumentalizar a análise do caso e promover ao paciente recursos para simbolização utilizou-se material lúdico como jogos e desenhos. O referencial teórico utilizado para fundamentar este estudo baseia-se na psicanálise.

Descritores: Hospital, Fazer Psicológico, o brincar, Estrutura psíquica da criança.

ABSTRACT

This paper aims to offer the possibility of a theoretical-clinical reflection about an intervention performed in the professional period of training in Psychology at Hospital da Criança Conceição. It also intends to ponder about a patient's psychic structure and the analysis of the intervention evolution, as well as to reflect about the psychology intern's implications in relation to the psychological work in the hospital institution. Playing material like toys and drawings were used to implement the case analysis and to provide means for the patient's symbolization. The main theoretical reference is based on the psychoanalytical theory.

Key-words: psychological practice, hospital, toy symbolism, child's psychic structure.

INTRODUÇÃO

A infância é entendida como a fase da vida em que o ser humano estabelece as mais importantes etapas estruturantes de seu desenvolvimento. É quando construímos nossas primeiras relações com o mundo externo, dentro e fora do contexto familiar, e somos inseridos no convívio social, principalmente através da escola, por ser este o momento em que estamos mais abertos aos processos de aprendizagem. É na infância também que reconhecemos as diferenças sexuais e damos início a nossa constituição psicosexual. Para tanto, é necessário, primeiramente, que a criança possa, através da relação com o Outro materno, ingressar no processo de constituição subjetiva.

Assim, uma das mais importantes etapas estruturantes da vida psíquica é a vivida durante o “Estádio de Espelho”, conceito introduzido por Lacan em 1949. Esta caracteriza-se como a fase

em que a criança toma emprestada a imagem idealizada refletida no olhar especular da mãe para reconhecer-se e constituir-se subjetivamente. Uma vez identificada com esta imagem, a criança vai reconhecer-se como não é, e transformá-la, antecipando um vir-a-ser deste sujeito. (Sapiro, 2005) ⁽¹⁾. O presente artigo pretende, a partir da análise de um estudo de caso clínico atendido em ambulatório e baseado na teoria psicanalítica, fazer algumas considerações que dizem respeito ao desenvolvimento da estrutura psíquica de um paciente e da relação direta existente entre esta e o lugar ocupado pela criança no desejo do grande Outro materno, sem pretender-se, com isso, traçar qualquer diagnóstico do mesmo.

A fim de preservar o sigilo das informações confiadas ao terapeuta ao longo dos atendimentos, bem como a identidade daqueles envolvidos no caso a seguir relatado, cabe informar que alguns dados irrelevantes a análise do mesmo foram adequadamente alterados, viabilizando, assim, sua publicação.

*Acadêmica de Psicologia do 10o semestre (UNISINOS). Estagiária do Serviço de Psicologia Clínica do Hospital da Criança Conceição.

**Psicóloga clínica membro da equipe de Psicologia Clínica do Hospital da Criança Conceição - RS, com especialização em psicologia hospitalar pela Universidade Federal de Pernambuco e formação em psicanálise pela *Recorte em Psicanálise* Porto Alegre-Florianópolis.

RELATO DO CASO

Trata-se do caso de William, oito anos, encaminhado para avaliação junto ao serviço de psicologia pelo neurologista com quem faz acompanhamento periódico por ter histórico de crises convulsivas aos três meses de idade e apresentar alterações no eletroencefalograma. O interesse em iniciar o acompanhamento terapêutico partiu da mãe do paciente devido ao fato de William apresentar um comportamento que causa certa estranheza à família. William gosta de usar as roupas da mãe, sapatos de salto, batom, bolsa e seguidamente imita as meninas. Frente ao comportamento da criança, os pais tentam esconder os pertences da mãe e dizer que ele não é menina. Segundo a mãe, William briga e diz que não quer se desfazer dos objetos.

William é o terceiro filho de uma prole de cinco. Segundo dados trazidos pela mãe em anamnese, sua gravidez foi desejada, contudo, o casal desejava muito uma menina. O período de gestação de William foi marcado por muita ansiedade em função da hospitalização do avô materno por problemas cardíacos. Atualmente a criança dorme na mesma cama com o avô, que mora com a família. Os avós maternos são separados e a avó mora na casa ao lado com uma filha.

Com relação à escola, William participa de um projeto pela manhã onde desenvolve diversas atividades como teatro, esportes, e à tarde frequenta a 2ª série do ensino fundamental. Ultimamente vem apresentando dificuldades no aprendizado: não quer copiar a matéria, nem ficar na sala de aula, comportamento que teve início após uma mudança de professora na 1ª série, quando se ausentava da aula, não querendo mais voltar.

No que se refere ao comportamento manifesto em casa, William é reconhecido por ter bastante autonomia, bem como por portar-se de maneira bastante autoritária e rebelde. Ao escolher suas roupas, tem preferência pelas bem justas e, em geral, pelas peças cor de rosa. Apesar do discurso desaprovador do pai, percebe-se na mãe um discurso aprobatório e incentivador de tal comportamento, uma vez que compra as roupas para o filho afirmando achar “engraçadinho”, “bonitinho”. Segundo a mãe, William gosta de assistir novelas, dançar e cantar as músicas do repertório das mesmas, bem como músicas de outros artistas, o que, segundo o pai, são atividades caracteristicamente “de meninas”. William tem dois irmãos e duas irmãs com respectivamente nove, dois, um e dezesseis anos, com quem gosta de brincar em companhia dos vizinhos. O pai trabalha com serviços gerais e a mãe é dona de casa.

DISCUSSÃO

Análise Teórico-Clínica:

Ao analisarmos o discurso da mãe, percebe-se que ela traz várias informações que nos levam a crer no desejo materno de manter o filho numa posição de identificação muito feminilizada. A primeira destas informações a ser analisada é o fato da mãe referir que desejava uma menina durante a gestação.

Começaremos discutindo o caso, então, a partir de uma questão: que lugar ocupa esse menino no desejo da mãe?

Segundo BERGÉS no texto *O Corpo e o Olhar do Outro* de 1988 (2), ... o corpo é antes de mais nada um receptáculo, um lugar de inscrição, uma trama implacavelmente destinada a imprimir-se com os cenários, as cores de outrem, a começar pela servil cópia do motivo. (...) É nesta medida que o corpo é dado, na ordem hipotética de uma representação (...), falado antes mesmo do seu nascimento, receptáculo do discurso dos pais a seu respeito, evocador de semelhanças, da linguagem familiar, das origens, da sexualização, em particular no primeiro nome e patronímico. (BERGÉS, 1988, p.51 e 53)

Sabe-se hoje que é na relação mãe-bebê que se constitui o aparelho psíquico da criança. Desde os primeiros momentos de vida, mesmo ainda dentro do ventre, a criança já é desejada, imaginada e idealizada pela mãe. Esse “corpo imaginado” do filho oferece para a criança, uma vez nascida, o ponto de referência fora dela mesma ao qual irá se projetar, uma imagem metafórica totalizante de si mesma, que lhe

permitirá identificar-se como “o outro” desta cenestesia, viabilizando-lhe a entrada na metáfora e no símbolo.

Como poderíamos pensar, então, esse processo de identificação e projeção que a criança faz, uma vez que a imagem idealizada pela mãe de seu bebê corresponde exatamente ao sexo oposto do filho que nasceu?

Neste caso podemos sugerir que há uma superposição da imagem do bebê idealizado com a do bebê real, o que resultaria na imagem de um ser híbrido, com a qual o bebê real se identificaria.

Através deste olhar e deste discurso inscriíveis do Outro sobre a criança, este último constituído não só por palavras, mas por todo o transitivismo existente nesta relação, a criança poderá se constituir subjetivamente. Podemos entender essa criança, então, como sendo um receptáculo dos desejos da mãe e de uma simbolização viabilizada através desta linguagem. A esta fase Lacan⁽³⁾ chama de Estádio do Espelho, que se caracteriza por uma fase de identificação e constituição do eu, onde o olhar da mãe como primeiro espelho e seu discurso oferecem ao bebê subsídios simbólicos para sua constituição psíquica.

A partir do recorrido, pode-se afirmar que William, uma vez colocado no desejo da mãe como menina desde sua concepção, garantia sua condição existencial como filho dela mantendo vivo esse desejo. Assim, se o que a criança vê no espelho do olhar do Outro é a imagem idealizada do filho sobre a qual recaem os desejos desse Outro, o que William internalizou foi o desejo de que ele fosse menina.

Ainda com relação ao lugar que William ocupa no desejo da mãe, podemos perceber que este (o desejo) ainda se apresenta muito vivo (para a mãe) à medida que ela incentiva uma condição mais feminilizada do filho, pois isto poderia representar o luto que a mãe não fez pela filha que não nasceu. Percebe-se que esse espaço para que ele tenha acesso a roupas caracteristicamente femininas, bem como a manifestação de um discurso aprovaador do comportamento feminilizado do menino denunciam o quanto a posição do sujeito em relação a sua sexualização fica submetida aos efeitos imaginários de uma herança materna e paterna.

Segundo discurso da mãe, percebe-se o “gozo” e o incentivo pelo modo como reage diante do comportamento do filho, parecendo usufruir deste, que canta e dança músicas de forma a insinuar sua feminilidade a medida que afirma achar esse comportamento muito bonitinho e engraçadinho. Se considerarmos a dança como um movimento em que um homem e uma mulher enlaçados rodopiam sob o olhar do espectador, ora um ora outro aparece em cena apontando para uma alternância masculino-feminino sob o ritmo da música. Quando muito rápido, podemos nos perguntar quem é quem, e mais rápido ainda, eles se mesclam, se fundem, se confundem como se fossem um só a reatualizarem o mito do híbrido, do ser bissexuado, meio macho, meio fêmea, que persiste e habita os fantasmas dos mitos de origem, da bissexualidade constitucional presente nas crianças e descoberta por Freud⁽⁴⁾ que nos fala em seu texto “Além do princípio do prazer” (1920, p.78). Para William, menino de oito anos, o que parece circular eternamente é a visão do castrado – não-castrado, castrado – não-castrado enquanto não cede ao enlaçamento da Lei que o faz definir-se, e assim “parar a dança”. Abrir mão da mulher que não é dele (a mãe) nem é ele (a menininha da mãe); tolerar ficar só, sem baile nem música, condição para reconhecer-se enquanto menino e não sem uma ponta de melancolia, poder perder para ganhar.

Ainda, a escolha do nome com a inicial W reforça a idéia do sujeito encontrar-se submetido aos efeitos imaginários do desejo materno no que se refere a sua sexualização, se analisarmos a letra W (dáblio) ou “dobro V” enquanto idéia do duplo, ou seja, duplo V, sendo “V” o representante do feminino segundo algumas religiões.

Neste ponto, se faz importante retomarmos e analisarmos a forma como o pai aparece no discurso e no desejo da mãe. Por um lado, desvalorizado diante da vontade imperativa dela, o pai tem sua voz calada nas escolhas e decisões concernentes ao filho. Por outro, enquanto figura masculina, ele pode ocupar o lugar de objeto de desejo e satisfação sexual da mãe, o que se configurará, para o menino, como a figura com a qual deve buscar se identificar.

Neste aspecto é fundamental podermos falar no Édipo. Lidar

com o Édipo é processar e elaborar a bissexualidade originária. A figura do pai enquanto interditor da relação dual mãe-filho, introdutor da Lei, é essencial para o ingresso da criança na conflitiva edípica, fase estruturante do psiquismo e normativante para o sujeito.

Bleichmar (1984) em sua obra *Introdução ao Estudo das Perversões* ⁽⁵⁾ divide o Édipo em três tempos, onde no primeiro momento a criança é o falo da mãe, ficando totalmente dependente desta e em função do seu desejo. No segundo momento, a medida em que observa que a mãe por vezes se ausenta, percebe que existe algo para além dela (criança) que completa a mãe, e deixa de se identificar com o falo, abrindo mão do “ser” para passar a “ter” o falo, questão que implica no reconhecimento do Outro, de um terceiro nesta relação, que aparece enquanto lugar da lei à qual a mãe também deve se submeter, e conseqüentemente, com quem passa a rivalizar. Mas é só num terceiro momento que ocorre a Castração Simbólica, onde a Lei e o Falo ficam instaurados como instâncias que estão acima de qualquer personagem, passando a ser percebidos como algo externo, reinstaurados na cultura.

A partir do decorrido no segundo momento da conflitiva edípica, podemos pensar sobre alguns aspectos observados na problemática deste caso. Para tanto, é muito esclarecedor a esta discussão fazermos referência a um dos mais importantes textos da obra de Freud, *O Fetichismo* (1927) ⁽⁶⁾, onde o autor faz menção a um dos mecanismos da criança diante da ameaça de castração simbólica.

Suponhamos que o ego de uma criança se encontra sob a influência de uma poderosa exigência pulsional que está acostumado a satisfazer, e que é subitamente assustado por uma experiência que lhe ensina que a continuação dessa satisfação resultará num perigo real quase intolerável: a ameaça de castração. O ego deve então decidir reconhecer o perigo real, ceder-lhe passagem e renunciar à satisfação pulsional, ou rejeitar a realidade e convencer-se de que não há razão para medo, de maneira a poder conservar a satisfação. Existe assim um conflito entre a exigência por parte da pulsão e a proibição por parte da realidade. O resultado do susto da castração é que, imediatamente ou depois de considerável luta, o menino cede à ameaça e obedece à proibição. Porém, em alguns casos como é o que se observa no caso de William, a criança se recusa a tomar conhecimento do fato de ter percebido, através da observação anatômica da mulher, a não existência do pênis. Se uma mulher tinha sido castrada, então sua própria posse de um pênis estava em perigo, e contra isso ergueu-se em revolta a parte de seu narcisismo que a Natureza, como precaução, vinculou a esse órgão específico. Nesse caso, diria que o menino “renega” sua percepção da falta de pênis da mulher.

Mannoni em seu texto *Eu sei, mas mesmo assim...* ⁽⁷⁾ nos diz que “A criança, pela primeira vez, tomando conhecimento da anatomia feminina, descobre na realidade a ausência do pênis – mas desaprova ou repudia o desmentido que a realidade lhe inflige, a fim de conservar sua crença na existência do falo da mãe.” (Mannoni, 1973, p.10)

Podemos concluir, portanto, que no momento em que o sujeito renega a ameaça de castração simbólica, ele não dá continuidade no processo edípico, não reconhecendo, portanto, a “Metáfora Paterna” que o insere na norma da cultura de regulação dos intercâmbios sexuais. Não aceitar as diferenças sexuais remete ao horror a castração vivido pela criança, e permanecer na indiferenciação significa manter-se longe da ameaça de castração, o que caracteriza o comportamento perverso. Neste momento podemos nos remeter aos atendimentos em ambulatório e retomar algo do discurso da mãe quando esta fala do comportamento “rebelde” do filho. Se tomarmos o significado do termo “rebelde”, obteremos outros conceitos como insubordinado, aquele que não acata autoridade, que resiste, que se opõe, o que caracteriza o comportamento do perverso, por não aceitar a lei que lhe é imposta. Sendo assim, teremos:

REBELDE → PERVERSO → HORROR A CASTRAÇÃO → INDIFERENCIAÇÃO SEXUAL

Por fim, cabe ressaltar que devido ao seu estágio de desenvolvimento psicosssexual, é necessário considerar-se que William é uma criança ainda vivenciando uma etapa estruturante muito importante que poderá significar e, portanto, modificar a forma de se relacionar e propiciar a busca de seus desejos fora dos limites familiares. E ainda, faz-se importante afirmar que este processo de definição da sexualidade não faz quadro, ou seja, não está vinculado a uma estrutura psíquica específica na qual a criança esteja se desenvolvendo. Independentemente da estrutura, neurótica, psicótica, limítrofe, etc, é possível encontrarmos casos de sujeitos com estas características e comportamentos.

O fazer psicológico no contexto hospitalar: uma reflexão a cerca da teoria e prática terapêutica.

Um dos maiores desafios do profissional da psicologia é perceber as diversas formas de agir e refletir sobre o fazer psicológico nos seus diferentes campos de atuação. Exercitar o olhar psicológico nos permite visualizar os diferentes atravessamentos por que são apreendidos pacientes, família e profissionais em qualquer âmbito que possamos imaginar: escola, trabalho, família, hospital, etc.

No caso decorrido neste artigo, podemos ver claramente o quanto as questões da família, mais especificamente da mãe, e da escola, estão colocadas para o paciente de forma a lhe infligirem sofrimento psíquico.

De Waelhens (1990) em seu livro *A Psicose: Ensaio de Interpretação Analítica e Existencial* ⁽⁸⁾ nos fala da relação pais-filho e de como esta experiência resgata os mais arcaicos conteúdos que cada um dos pais mantém com seu próprio desejo, remetendo-os a sua própria relação, enquanto bebê, com a figura materna, e fazendo-os reviver essa experiência na relação com o filho. Assim, é essencial para o trabalho do terapeuta na clínica com crianças retomar aspectos a respeito das etapas iniciais estruturantes da vida mental dos pais, e compreender o quanto isso se reflete na relação deles agora com o filho, atravessando-o em seus processos de ensino-aprendizagem e influenciando-o diretamente na vida escolar, no seu comportamento frente aos colegas e professores, interferindo, portanto, no desenvolvimento de sua estrutura psíquica.

Outra consideração importante a ser feita diz respeito ao referencial teórico norteador da compreensão e análise dos casos acompanhados pela equipe de psicologia do Hospital da Criança Conceição, que se fundamenta na psicanálise lacaniana, a qual concebe o sujeito enquanto estruturado, constituído subjetivamente a partir do discurso do Outro, através da linguagem e do olhar trocados entre mãe e criança, e dos desejos que nesta relação incidem. A partir do entendimento e da identificação por parte do analista-terapeuta com este referencial, a clínica se dá no intuito de oferecer ao paciente, não só neste como em todos os casos, um espaço para a construção do simbólico, através do lúdico, de desenhos, jogos e da escuta psicanalítica.

Freud (1920) em seu texto *Além do Princípio do Prazer* afirma:

... em suas brincadeiras as crianças repetem tudo que lhes causou uma grande impressão na vida real, e assim procedendo, ab-rea-gem a intensidade da impressão, tornando-se, por assim dizer, senhoras da situação. (...) é óbvio que todas as suas brincadeiras são influenciadas por um desejo que as domina o tempo todo: o desejo de crescer e poder fazer o que as pessoas crescidas fazem. Pode-se também observar que a natureza desagradável de uma experiência nem sempre a torna inapropriada para a brincadeira. (...) Quando a criança passa da passividade da experiência para a atividade do jogo, transfere a experiência desagradável para um de seus companheiros de brincadeira e, dessa maneira, vinga-se num substituto. (p.28-29)

Pode-se concluir a partir desta afirmação que através do lúdico a criança encontra meios de elaborar conteúdos inconscientes à medida que coloca-se, frente a essas situações, numa posição ativa, e não mais passiva, encenando ela própria o ato que lhe foi infligido.

A criança transforma sua experiência em jogo. Dessa maneira, a criança consegue tornar o que em si mesmo é desagradável num tema a ser rememorado e elaborado na mente. (Freud, 1920, p.29) O lúdico é fundamental porque fundamenta o sujeito, ou seja, forma a base para a estruturação psíquica e viabiliza a produção do simbólico. É aí que incide o olhar e a escuta psicanalítica: na brincadeira, no jogo, no desenho, para que o terapeuta possa nomear, apontar, questionar, oferecer significado e ajudar o paciente a refletir sobre suas questões. Viabilizar a construção do simbólico para a criança é ajudar a construir outros caminhos possíveis para dar destino a essas pulsões, para que elas não se manifestem no real, ou seja, no corpo, através de um sintoma.

No caso do paciente em discussão, o tempo dos atendimentos era preenchido pela prática de jogos, atividade muito comumente requisitada pelas crianças, e que oferece ao terapeuta a oportunidade de observar o cumprimento às regras e a tolerância a frustrações, bem como exige paciência, tranquilidade e habilidade por parte da criança. É interessante observar-se o tipo de jogo escolhido pelo paciente e conhecer suas regras e origens, pois tais informações dizem muito a respeito do paciente e do que ele está tentando dizer através da atividade lúdica. Conhecer o mundo infantil e as coisas que fazem parte dele instrumentaliza o terapeuta para poder intervir de forma mais efetiva.

CONCLUSÃO

Em resumo, conforme o que foi discorrido ao longo da discussão teórico-clínica do caso e o que pôde ser observado do paciente durante o período em que esteve em atendimento, concluiu-se que as técnicas terapêuticas com base no referencial psicanalítico, bem como a utilização de jogos, desenhos e o espaço de escuta oferecido para a criança, foram efetivas no tratamento do paciente em acompanhamento sistemático no ambulatório de psicologia, promovendo uma satisfatória evolução no comportamento do mesmo, sem desprezar sua subjetividade e traços de personalidade. Também, deve-se levar em conta a grande importância e influência do contato com os cuidadores / pais / familiares da criança, o qual complementa e favorece nos resultados efetivos do trabalho terapêutico. No caso do paciente em questão, observou-se que o mesmo apresentou uma gradativa mudança no comportamento, passando a ter uma relação menos conflituosa no contexto familiar, o que refletiu numa evolução do seu rendimento escolar. Além disso, a partir do trabalho de acompanhamento feito com os pais, e mais especificamente com a mãe, percebeu-se que estes passaram a compreender melhor o comportamento do filho e a acolhê-lo na sua singularidade, o que refletiu diretamente no aprimoramento da interação familiar. Por fim, também não se verificou nenhuma relação de causalidade entre as crises convulsivas e o quadro comportamental do paciente, tendo sido o encaminhamento para atendimento psicológico unicamente em função da solicitação da mãe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SAPIRO, V. O câncer e cirurgia na infância e na adolescência. Porto Alegre: 2005. (Artigo não publicado).
2. BERGÉS, J. O Corpo e o Olhar do Outro. In: Escritos da Criança: Doze Textos de Jean Bergés. 2ª ed. Porto Alegre: Centro Lygia Coriat, 1988. v.2.
3. LACAN, J. Escritos 1 – O Estádio do Espelho como formador da função do eu (je) tal como nos é revelado na experiência psicanalítica. Tradução em espanhol, Siglo XXI editores, 14.a edição, p.86. Registro de uma comunicação apresentada no XVI Congresso Internacional de Psicanálise. Zurique: 1949.
4. FREUD, S. Além do Princípio do Prazer. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (1920). Vol XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1969-1980.
5. BLEICHMAR, H. Introdução ao estudo das Perversões. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
6. FREUD, S. O Fetichismo. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (1927). Vol XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1969-1980.
7. MANNONI, O. “Eu sei, mas mesmo assim,...”. In: Chaves para o Imaginário. Petrópolis: Vozes, 1973.
8. DE WAELEHENS, A. A Psicose: ensaio de interpretação analítica e existencial. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

Dr. Roberto Corrêa Chem

Charly Genro Camargo*
Luiz Fernando Franciosi**

O cirurgião plástico Roberto Corrêa Chem, 65, professor da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, estava entre os passageiros do voo AF 447, da Air France, acidentado em 31/05/2009, no percurso Rio – Paris e que não deixou sobreviventes. Chem estava acompanhado de sua esposa, a psicóloga Vera Chem, 63, e a filha Letícia Chem, 36. Eles viajavam a passeio para visitar a Grécia e a Turquia.

Chem, como seus amigos o chamavam, era então diretor do Banco de Tecidos Humanos - Pele, chefe do Serviço de Cirurgia Plástica da Santa Casa de Porto Alegre e professor de medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde (UFCS) de Porto Alegre.

Mestre em Neuro-Anatomia e doutor em Cirurgia Plástica, tinha sido, recentemente, aprovado como professor-titular de Cirurgia Plástica da UFCS e viajava com a família para comemorar esse fato.

Sua relação com o Hospital/Centro de Trauma Cristo Redentor (HCR) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) de Porto Alegre iniciou no final do ano de 1978 quando deu entrada no setor de emergência um paciente, auxiliar de torneiro mecânico, com uma amputação ao nível do antebraço. O Dr. Denis Castro, anestesista do HCR e muito amigo de Chem, o avisou do incidente e pediu que ele viesse ao hospital para avaliar o caso. Chem fez o reimplante com sucesso e, dessa forma, ficou sendo o primeiro a realizar esse procedimento em nosso hospital.

Imediatamente foi colocado como membro do corpo clínico e, a partir desta data, iniciou uma série de procedimentos micro cirúrgicos. Divulgou tal experiência em todo nosso país e no exterior de forma a tornar o HCR reconhecido como o segundo maior centro de micro cirurgia da América Latina. Esse reconhecimento atraiu colegas estagiários de várias partes do Brasil e também do Uruguai, Argentina, Chile e, mais recentemente, da Venezuela e da Colômbia.

Mais tarde, o Dr. Chem procurou implantar a micro cirurgia em outro local - a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - já que era professor de anatomia humana na então Faculdade Católica de Medicina, escola médica ligada à Santa Casa e atualmente à UFCS. Em 1985, já sem contar com sua presença, o Serviço

de Micro Cirurgia Reconstructiva do HCR/GHC foi definitivamente implantado e reconhecido pela então diretoria do GHC.

Mais recentemente, Chem havia criado o único Banco de Peles do Brasil e pesquisava sobre células tronco.

Esses são alguns aspectos e títulos do enorme currículo profissional do Dr. Chem. Como colega e amigo, Chem deixa um vazio imenso em cada um de nós que teve o privilégio de conviver com ele. Sua memória permanece conosco através de todas as suas conquistas científicas e, mais ainda, através do exemplo como ser humano que nos ensinou.

*Cirurgião-Preceptor do Serviço de Cirurgia Geral e do Trauma HCR/GHC

**Chefe do Serviço de Micro Cirurgia do HCR/GHC



Sr. Editor

Referente ao artigo publicado na Revista Técnico-Científica do GHC, Momentos e Perspectivas em saúde, no Volume 18, nº 2 de jul/dez - 2005 sobre “Protocolo de Cuidados a Paciente com Lesões de Pele”, quero parabenizá-lo pela escolha do Tema.

A importância é plenamente justificada pela relevância do Tema. As lesões de pele são de difícil manejo, especialmente nos extremos de idade (recém-nascidos e idosos).

A rotinação, com as alternativas de cuidados propostos pelos autores para cada estágio das lesões, fundamentada no grau de recomendação de evidências Clínico-Epidemiológicas vem preencher lacuna na orientação de condução destes casos.

Ao ensejo, reiteramos votos de estima e consideração

Atenciosamente,

João Vicente Bassols
Mestre em medicina-Cirurgia UFRGS
Gerente de Internação do HCC.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS NA REVISTA “Momento & Perspectivas em Saúde”

A Revista do GHC - “Momento & Perspectivas em Saúde”, órgão oficial de divulgação técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição, tem como objetivo principal divulgar a experiência dos profissionais do GHC que atuam nas diversas áreas técnico-científicas. Desta forma estará difundindo conhecimentos que contribuam para aperfeiçoar e desenvolver a qualidade de saúde de nosso Estado e de nosso País. É uma publicação regular com periodicidade semestral, cuja tiragem é de 1.350 exemplares.

A Revista aceita contribuições para publicações nas categorias : artigos originais, de revisão ou de atualização, relatos de casos e cartas aos editores, tanto de profissionais que atuam no GHC, quanto de profissionais externos, que remetam espontaneamente ou por solicitação de seus Editores e que expressem prioritariamente produção técnica e científica da área médica.

As colaborações deverão ser enviadas para :

Editor da Revista do GHC - “Momento & Perspectivas em Saúde”

Gerência de Ensino e Pesquisa - GEP

Rua Francisco Trein, 596 - Bloco H - 3º andar

91350-200 - Porto Alegre - RS

editoria-gep@ghc.com.br

Os artigos são de responsabilidade dos seus autores e é indispensável a aprovação pelo Conselho Editorial da Revista para sua publicação .

Instruções Gerais:

As instruções de ordem técnica se baseiam nas recomendações do Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos (Grupo Vancouver, endereço eletrônico : [HREF="http://www.icmje.org/"](http://www.icmje.org/) MACROBUTTON HtmlResAnchor http://www.icmje.org) ou podem ser obtidas no N Eng J Méd 1997;336(4):309-15 {uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals.” International Committee of Medical Journal Editors” (ICMJE) }. Os trabalhos que resultem de pesquisa que envolvam em seres humanos deverão vir encaminhados à Revista acompanhados pelo parecer e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. Esta determinação está em conformidade com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, publicada nos volumes 14(1), 15(2) e 16(1) da Revista Momento & Perspectivas em Saúde, disponíveis no site <http://www2.ghc.com.br/GepNet/revistaedicoes.htm>

Os conceitos, fundamentações, dados, experiências, fontes de pesquisa e conclusões emitidos nos trabalhos assinados, são da exclusiva responsabilidade do(s) seu(s) autor(es). Todos os trabalhos encaminhados para publicação na Revista do GHC - Momento & Perspectivas, serão submetidos à revisão linguística, metodológica e de formatação pelo conselho editorial ou por colaboradores experts convidados pelo editor.

Os trabalhos deverão ser digitados no Microsoft Word, em papel branco, tamanho ofício, espaço duplo, com margem em todos os lados de 30 mm e páginas numeradas em sequência. Deverá ser enviada uma cópia original impressa e outra em disquete ou CD, em um envelope para papel ofício e sem dobras. Recomenda-se a proteção do material com papelão com especial atenção para as fotografias, especialmente quando postadas. As páginas deverão ser numeradas no canto inferior direito, organizadas na seguinte ordem: página-título (em português e inglês), página do resumo e do abstract (incluindo os unitermos e key words), texto propriamente dito, página de agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas, figuras e fotos, e legendas. Atrás da(s) figura(s) e fotos deverá constar à lápis, o nome do autor, o título reduzido, o número no texto e setas indicando a orientação do lado superior.

Autoria: Todas as pessoas nominadas como autor deverão responder pela autoria do artigo proposto e ter participado suficientemente do trabalho, para assumir responsabilidades pelo seu conteúdo e conclusões. Deve ter participado com contribuições substanciais durante os processos de concepção, planejamento, execução, análise e interpretação dos dados, de forma intelectualmente importante. Os autores devem explicar e declarar eventuais conflitos de interesse

Processo de avaliação e julgamento: Todos os manuscritos submetidos à Revista do GHC, que estiverem de acordo com estas instruções e com a política editorial da revista, serão analisados por dois revisores do conselho editorial, de reconhecida competência no assunto tratado, conforme o fluxograma da figura 1. O anonimato dos revisores está garantido durante todo o processo, assim como estes não tomarão conhecimento do(s) nome(s) do(s) autor(es). A decisão final sobre a aceitação ou rejeição dos manuscritos é tomada pelo editor e pelo menos 2 outros membros do conselho editorial.

Manuscritos recusados: somente será devolvida ao(s) autor(es) cópia da versão original uma vez que a versão original impressa do manuscrito será arquivada na secretaria da editoria. Manuscritos recusados, mas com possibilidade de reformulação, poderão retornar, como um novo trabalho e serão submetidos a novo processo de avaliação e julgamento.

Manuscritos aceitos : o autor, referido como primeiro, receberá correspondência do editor informando da aceitação e edição em que será publicado o manuscrito. Neste momento o autor transfere implicitamente todos os direitos de cópia e reprodução do manuscrito, para a editoria da Revista do GHC - Momentos & Perspectivas em Saúde.

A **página título** deverá conter o título em português e em inglês, o nome completo de todos os autores acompanhado de suas titulações, a instituição onde o trabalho foi realizado e o nome, endereço e telefone de um dos autores para correspondência e pedidos de separatas.

A página do resumo e abstract conterá o título em português e um resumo semi- estruturado do trabalho, contendo Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões, com 150 palavras no máximo, seguido de dois a cinco unitermos. Em página separada deverá anexado o título em inglês, o abstract que deve ser a tradução fiel do resumo para o idioma inglês, e de duas a cinco key words. Estes descritores deverão se basear na edição anual da BIREME/OPAS/OMS dos Descritores em Ciências da Saúde, no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br/>.

Na terceira página é iniciado o trabalho propriamente dito, e de acordo com as categorias :

Texto de artigo original - a organização de artigo nesta categoria inclui Introdução, material e métodos, resultados e discussão(a conclusão pode estar no último parágrafo da discussão ou em separado). Na introdução deve conter os motivos que levaram a desenvolver o trabalho e uma revisão sucinta do assunto. Em material e métodos deve ser descrito com precisão a amostra ou população do estudo e os métodos desenvolvidos de forma que possam ser reproduzidos. Deve ser mencionado a aprovação da pesquisa no respectivo Comitê de Ética em Pesquisa. Os métodos estatísticos utilizados deverão estar explicitados neste espaço. Em resultados, estimula-se que sejam apresentados tabelas e figuras de forma auto explicativas, evitando repetição de dados. A discussão deve focar os aspectos novos e importantes do estudo, comparando-os com os de outros autores, as limitações do estudo, implicações clínicas relevantes e recomendações para estudos futuros. As conclusões deverão ser apresentadas no último parágrafo da discussão ou como um novo subtítulo, procurando sempre responder o objetivo definido na introdução.

Texto de artigo de revisão - esta categoria constitui uma revisão crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto devendo definir os procedimentos adotados, fontes e esclarecendo a delimitação e limites do tema e as conclusões do autor. Esta categoria se presta muito comumente para abrigar artigos encomendados pelos editores a experts, de experiência comprovada na área. As orientações para o preparo de artigos de revisão são as mesmas dos artigos originais, devendo incluir também Resumo, Abstract, descritores e Key Words.

Texto de relatos de casos - esta categoria destina-se a publicação de casos clínicos interessantes, que tenham sido devidamente estudados, e que apresentem alguma originalidade, curiosidade ou aspecto não convencional de determinada patologia ou condição clínica. As instruções para o seu preparo são as mesmas de um artigo original incluindo Resumo, Abstract, descritores e Key Words.

Cartas ao editor : categoria que visa discutir, comentar ou comunicar pesquisas originais, novidades na área da medicina de interesse para os leitores, ou artigos publicados recentemente na Revista do GHC - Momento & Perspectivas em Saúde. Podem ser utilizadas referências quando for adequado.

Referências Bibliográficas: ao final do trabalho citam-se, consecutivamente, as referências bibliográficas em ordem de aparecimento no texto, e numeradas por numerais arábicos entre parêntesis e de forma sobrescrita, conforme o exemplo a seguir : “...a paratireoidectomia é o único tratamento curativo aceito em hiperparatireoidismo primário(5) especialmente neste momento em que o seu diagnóstico tornou-se seguro e de fácil definição(6-9)...” Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme constam no Index Medicus ou no Index Medicus Latino-Americano. Exemplos de referências:

- artigo de periódico:

IRVIN GL III, PRUDHOME DL, DERISO GT et al. A new approach to parathyroidectomy. Ann Surg., 1994;219(5);574-581.

- livro:

MACHLEDER HI. Vascular disorders of the upper extremity. New York; Futura Publishing Co.,19893

- capítulo de livro:

Berger HJ, Zaret BL, Cohen LS. Cardiovascular nuclear medicine. In: Golberger E, ed. Textbook of clinical cardiology. 1st ed. St Louis: CV Mosby, 1982: 326-345.

- observação:

Até seis autores, citam-se todos; sete autores ou mais, citam-se os três primeiros seguidos de “et al”.

As tabelas e ilustrações vêm a seguir. As tabelas são numeradas em sequência, com algarismos romanos, acompanhadas de enunciado. As ilustrações (gráficos, diagramas e fotos) são numeradas também consecutivamente com algarismos arábicos e referidas no texto como “figuras”. As fotos não podem exceder o número de seis por artigo, somente em preto e branco, e na medida de 10 x 15 cm. As legendas das ilustrações devem ser datilografadas/digitadas em folha à parte, respeitando a numeração contida no texto. A última página conterá os agradecimentos, quando for o caso.

Fluxograma de análise de um artigo:

